

BVGer C-2525/2017 vom 17. Januar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2525_2017

FR: TAF C-2525/2017 du 17 janvier 2020

IT: TAF C-2525/2017 del 17 gennaio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, 52 Abs. 1 und 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer war als Grenzgänger in (...) erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf seine Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle E. _____ zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurden die angefochtenen Verfügungen vom 27. März 2017 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden vier Verfügungen vom 27. März 2017, mit denen die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente ab 1. September 2013 zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Dreiviertelsrente, sowie auf die zur Rente des Vaters zugesprochenen Kinderrenten (vgl. Sachverhalt Bst. B.c hiervor).

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 27. März 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. März 2017) 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).

E. 5

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 6.1

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). 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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 6.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind

(Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 6.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 6.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise 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 des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 6.5

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde 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 Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

E. 6.6

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 6.7

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 6.8

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die

Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 6.9

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 6.10

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

E. 6.11

Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

E. 7

Die Beschwerdeführer bringt in seiner Beschwerde vor, er habe mit Einwand vom 18. Oktober 2016 Akteneinsicht verlangt, welche ihm jedoch - bis auf eine Kopie der Anfrage an den RAD - nicht gewährt worden sei. Damit macht er eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend.

E. 7.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar.

E. 7.2

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Seine Verletzung führt demnach ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde (grundsätzlich) zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1). Bei Missachtung formeller Verfahrensgarantien bildet die Kassation des vorinstanzlichen Entscheides die Regel, zumal der Rechtsunterworfenen grundsätzlich Anspruch auf die Einhaltung des Instanzenzuges hat (Urteil des BGer 9C_136/2009 vom 10. August 2009 E. 2.4.2 m.H.). Allerdings ist eine Heilung einer nicht besonders schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise möglich, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, welche bezüglich des Sachverhaltes und der Rechtslage über dieselbe Kognition verfügt wie die Vorinstanz (BGE 133 I 201 E. 2.3; 127 V 431 E. 3d/aa). Selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs ist von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf führen würde (BGE 133 I 201 E. 2.2 m.H.).

E. 7.3

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer nach Erhalt des Vorbescheids trotz eines entsprechenden Gesuchs an die Behörde keine vollständige Akteneinsicht erhalten hat. Die Vorinstanz bestätigt denn auch in ihrer Vernehmlassung eine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 (BVGer act. 9) stellte der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer eine Kopie der Vorakten zu. Hierzu äusserte sich der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 9. August 2017 (BVGer act. 11). Demnach ist zwar eine Verletzung des rechtlichen Gehörs festzustellen, von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz ist jedoch ausnahmsweise abzusehen, da der

Beschwerdeführer in Kenntnis der Vorakten eine ausführliche Stellungnahme abgab und die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf führen würde.

E. 8.1

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung von den im polydisziplinären Gutachten festgestellten Gesundheitsschäden aus, stützte sich jedoch in einer davon abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die versicherungsmedizinische Beurteilung des RAD und das Ergebnis einer versicherungsinternen Fallkonferenz. Im Gegensatz zur Einschätzung der Gutachter, die von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten ausgingen, hielt die Vorinstanz ein Pensum von 70% für zumutbar (für angepasste leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu Pausen). Gestützt darauf ermittelte sie einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 48%. Hierfür berechnete sie das Valideneinkommen ausgehend von dem zuletzt erzielten Einkommen als Labor-Assistent. Eine Berücksichtigung der von 1988 bis 2004 erzielten Schicht- und Umgebungspauschale lehnte sie mit der Begründung ab, der RAD habe das Vorliegen von Gesundheitsschäden verneint, welche die Aufgabe der Schichtarbeit im Jahr 2004 zu begründen vermöchten.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, er habe seit 1999 gesundheitliche Probleme, weshalb er der körperlich belastenden Arbeit im Schichtbetrieb auf Dauer nicht mehr gewachsen gewesen sei. Spätestens seit August 2003 habe er seine Tätigkeit als Ansatzmann in der Produktion nicht mehr ausüben können, auf den 1. Februar 2004 sei er definitiv ins Labor versetzt worden. Zusammengefasst macht er damit geltend, dass er ohne Gesundheitsschaden nach wie vor zu 100% als Ansatzmann im Schichtbetrieb arbeiten würde und die Vorinstanz zu Unrecht davon ausgehe, die von ihm ab dem Jahr 2004 ausgeübte Tätigkeit im Labor sei die Validentätigkeit. Im Weiteren bringt er vor, nach einer zusätzlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustands im Jahr 2012 sei ihm auch die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Labor nur mehr im Ausmass von 50% zumutbar. Es sei zu beanstanden, dass die Vorinstanz lediglich die Einschätzung aus dem kardiologischen Teil-Gutachten, in dem die Arbeitsfähigkeit quantitativ auf 70% geschätzt wurde, herangezogen habe. Die Experten hätten jedoch in einer Gesamtsicht aufgrund der verschiedenen festgestellten Gesundheitsschäden aus medizinischen Gründen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erkannt. Für die Bestimmung des Valideneinkommens sei sodann von seinem Einkommen in der angestammten Tätigkeit im Schichtbetrieb in der Produktion auszugehen. Aufgrund des Wechsels ins Labor habe damals die Lohneinbusse 18,39% betragen (16,7% entgangener Schichtlohn und Umgebungszulage von Fr. 1'080.-). Im Weiteren habe es die Vorinstanz unterlassen, sich zu den Soziallohnangaben der Arbeitgeberin zu äussern. Ziehe man das zuletzt erzielte Einkommen als Invalideneinkommen heran, so betrage der IV-Grad aufgrund der 50%igen Arbeitsfähigkeit 53.41%. Lege man die von der IV angenommene LSE-Lohntabelle für eine Verweistätigkeit zugrunde, was bei Berücksichtigung des Soziallohnes der Fall sein müsse, betrage der IV-Grad 61.24%.

E. 9

In den Akten finden sich Arztberichte über die Behandlung von Beschwerden im Bewegungsapparat, Hautveränderungen, einer Herzerkrankung, Schlafapnoe sowie psychischer Leiden (vgl. E. 9.1 bis 9.7). Im Weiteren sind zwei Gutachten aus den Jahren

2014 und 2015 aktenkundig (vgl. E. 9.8 und 9.9 hiernach).

E. 9.1

Folgende Berichte geben Aufschluss über die Erkrankungen des Bewegungsapparats und weisen auf Hautveränderungen hin: - Bericht der Klinik K._____ vom 9. Juli 2001 (Vorakten 3/45), in dem multiple Insertionstendopathien bei Psoriasis und eine beginnende Coxarthrose diagnostiziert wurden. - Am 6. November 2001 (Vorakten 3/48) berichtete das Kantonsspital L._____, Dermatologie, über die Ergebnisse eines Epicutantests und äusserte einen Verdacht auf psoriatische Diathese. Der Versicherte arbeite seit dem 25. Juli 2001 wieder zu 100% als Ansatzmann und trage je nachdem Gummi-, Leder- oder Stoffhandschuhe. Offensichtlich pflege er seine Hände mit verschiedenen rückfettenden Substanzen und benutze noch zusätzlichen Handschutz, welcher ihm von der Werksärztin gegeben worden sei. Er komme zweimal wöchentlich in die Lichttherapie, bei der letzten Untersuchung habe sich ein normaler Hautbefund gezeigt. Der Verlauf sei aufgrund der Diagnose schwierig vorherzusagen. Die getroffenen Massnahmen sollten weitergeführt, die Lichttherapie könne schrittweise reduziert werden. - Pathologische Begutachtung vom 28. Januar 2009, Naevus am Rücken, kein Hinweis für Malignität (Vorakten 3/24). - Bericht des Kantonsspitals M._____ vom 18. Oktober 2013 (Vorakten 38) über Hautveränderungen an beiden Händen, mit der Diagnose rhagadiforme, teils plaqueartige Veränderungen an Händen beidseits. Da weiterhin Gelenkbeschwerden angegeben wurden, empfahl der behandelnde Arzt eine Standortbestimmung bezüglich einer möglichen Psoriasisarthritis. - Berichte der Rheumaklinik des Kantonsspitals M._____ vom 5. November 2013 (Vorakten 38/5) und vom 28. Januar 2014 (Vorakten 40) mit den Diagnosen: Polyarthralgien, am ehesten degenerativ bedingt (Vorakten 38/5), respektive Polyarthrose (Vorakten 40) * Beginnende Cox- und Gonarthrosen * Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur, muskuläre Dysbalance, Haltungsinsuffizienz, Hyperkyphose * Aktenanamnestisch 2001 Diagnose von multiplen Insertionstendopathien (Klinik K._____) Rhagadiforme, teils plaqueartige Veränderungen der Hände beidseits * Differenzialdiagnose Ekzem, Psoriasis * St. n. schwerem hyperkeratotischem und rhagadiformem Befall beider Hände 2001, in Epicutan-Testung kein Nachweis einer Typ IV-Sensibilisierung (auch auf Berufssubstanzen) Koronare 2-Gefässerkrankung * St. n. Vorderwandinfarkt 04/12, Thrombusaspiration und Stent-Implantation 04 + 08/12 Arterielle Hypertonie * Unter vierfacher antihypertensiver Medikation Diabetes mellitus Typ 2 * Unter oralen Antidiabetika Hypercholesterinämie, behandelt Adipositas Grad I (BMI > 30 kg/m²) Schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom Erstdiagnose 01/07 * CPAP-Gerät nicht toleriert - Röntgenbefund des Kantonsspitals M._____ vom 21. Februar 2014 (Vorakten 50) - Berichte des behandelnden Orthopäden, Dr. N._____, vom 17. November 2009 (Vorakten 3/23), mit der Diagnose einer aktivierten Kniepräarthrose rechts, und vom 17. Juni 2013 (Vorakten 20); bestätigt wird eine Behandlung von 1999 bis Herbst 2011, mit folgenden Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: Chron. Cervicocephalgie seit zwei Jahren Chron. Lumbalgie seit Jahren Kniepräarthrose bilateral seit Jahren Metatarsalgie bei Pes transversus bilateral Hallux rigidus links Vorbehaltlich der reduzierten Belastbarkeit der Kniegelenke (keine Arbeiten in überwiegender kniender Stellung, kein häufiges Treppen- bzw. Leitersteigen) sind leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar - Bericht des Hausarztes Dr. O._____ vom 10. September 2013 (Vorakten 32/2), mit den folgenden Diagnosen: ADS-Syndrom, Depressionen, Bluthochdruck, multiple Insertionstendopathien bei Psoriasis, Z. nach Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Polyarthralgie, Koxalgie bds. Aus medizinischer Sicht solle der Versicherte nicht

länger als vier Stunden eine sitzende Tätigkeit ausüben. Auch leichte körperliche Tätigkeiten länger als vier Stunden seien nicht vertretbar.

E. 9.2

Zum geltend gemachten Herzleiden (anamnestische Herzrhythmusstörungen, kardiovaskuläre Risikofaktoren [arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Hyperlipidämie, Hypercholesterinämie, Übergewicht], koronare Zweigefässerkrankung, Vorderwandinfarkt 04/12, Thrombaspiration, DES-Stent-Implantation 04/12 und 08/12) liegen folgende Berichte bei den Akten: - Berichte der behandelnden Kardiologen, Gemeinschaftspraxis P._____, vom 18. Dezember 2006 (Vorakten 3/16), vom 14. und 23. November 2011 (Vorakten 3/13, 3/14), vom 2. Juli 2012 (Vorakten 3/5), vom 23. März und vom 26. September 2013 (Vorakten 7/7 und 35/8), vom 24. März und vom 20. Juni 2014 (Vorakten 42/7, 51/2, 52). Im Bericht vom 20. Juni 2014 (Vorakten 52/3) ist die folgende sozialmedizinische Beurteilung enthalten: Leichte bis beginnend mittelschwere Arbeiten unter Vermeidung von Schichtarbeit mit Begrenzung von Hebe- und Tragetätigkeiten auf 10 - 12 kg sind uneingeschränkt möglich. - Berichte des Zentrums Q._____ vom 16. Juni 2012 (Vorakten 7/24), vom 4. und 8. August 2012 (Vorakten 3/2 und 7/12) und Bericht vom 17. April 2014 über Blutwerte (Vorakten 51/5) - Bericht vom 5. Juni 2012 über einen dreiwöchigen Aufenthalt in der Klinik R._____ (Vorakten 7/17)

E. 9.3

Zum Schlafapnoe-Syndrom liegen die folgenden medizinischen Berichte bei den Akten: - Bericht des behandelnden HNO-Arztes vom 10. Januar 2007 (Vorakten 3/29), mit den Diagnosen Laryngo-Pharyngitis; Ausschluss Sinusitis; Verdacht auf Schlafapnoesyndrom - Berichte der Klinik S._____, mit den Diagnosen schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 01/2007), arterielle Hypertonie, Adipositas Grad I (vgl. Berichte vom 31. Januar 2007, 20. September 2007, 12. Oktober 2007, 10. Juni 2008, Februar 2012, 30. Januar 2013; Vorakten 3/20, 3/33, 3/36, 38, 3/43, 7/10)

E. 9.4

Über die psychischen Leiden liegen folgende Berichte vor: - Berichte des Klinikums T._____ vom 15. März 2010 und vom 22. April 2013 (Vorakten 3/25 und 24), mit den Diagnosen: mittelgradige depressive Episode (ICD10 F32.1), ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter (ICD10 F90.0), Schlafapnoe-Syndrom obstruktiv schwergradig mit nCPAP-Therapie seit Januar 2007 (ICD10: F47.39), arterielle Hypertonie (ICD10 F10.90), Adipositas - Bericht des Hausarztes vom 18. Mai 2010 (Vorakten 3/21) mit den Diagnosen ADHS und mittelgradige depressive Episode

E. 9.5

Aufgrund von neurologischen Abklärungen liegen die folgenden Berichte vor: - Bericht von Dr. U._____, Ärztin für Neurologie, vom 7. Februar 2010 (Vorakten 3/22): Bezüglich der geklagten Parästhesien könne das Vorliegen einer Polyneuropathie elektrophysiologisch ausgeschlossen werden - Röntgenbefund, Kernspintomographie des Hirnschädels vom 9. Juni 2010 (Vorakten 3/20), aufgrund von Beschwerden über Missempfindungen, Knistern im Kopf - Berichte des Kantonsspitals M._____, Neurologische Klinik, vom 27. Februar und vom 28. März 2014 (Vorakten 41) mit den Diagnosen: Multifaktorielle psychosomatische Wahrnehmungsstörung seit Myokardinfarkt 04/2012 mit besserem Riechen, verstärkten Hintergrundgeräuschen, ein Rieseln im Hinterkopf, ein Kribbeln im Kopf, ein Wahrnehmen von Zuckungen in Armen und Beinen, Episoden mit lallender

Sprache und Völlegefühl beim Duschen; Koronare 2-Gefäß-Erkrankung, St. n. Vorderwandinfarkt 04/2012 mit Thrombaspiration, Stent-Implantation April und August 2012; Metabolisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Hypercholesterinämie, Adipositas Grad I, obstruktives Schlafapnoesyndrom)

E. 9.6

Im Weiteren liegen folgende Arztberichte vor: - Arztbericht V. _____ vom 9. November 2010 (Vorakten 3/19) mit der Diagnose Stammvarikosis der vena saphena magna und Ast acc femoraler Typ - Bericht der Praxis W. _____ vom 28. November 2011 (Vorakten 3/18), mit den Diagnosen Myopie, Astigmatismus, Presbyopie, beidseitig; Diabetes mellitus; Conjunctivitis sicca, beidseitig; GK-Trübungen, beidseitig; A.e. Retinopathia diabetica, beidseitig

E. 9.7

Vom Hausarzt Dr. O. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, liegen folgende Berichte vor: - Bericht vom 24. April 2013 (Vorakten 7/2), mit folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 04/12 akuter Vorderwandinfarkt; 08/12 erfolgreiche DES-Stent-Implantation der mittleren ACD bei gutem Langzeitergebnis; koronare Zweigefässerkrankung; Z.n. Thrombaspiration; art. Hypertonie; Diabetes mellitus Typ II; Schlafapnoesyndrom; Erschöpfungsdepressionen; Hyperlipidämie; Gonarthrose rechts
Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit: Schnelle Ermüdbarkeit; Konzentrationsschwäche; Schwindelattacken. Zumutbar sei ein 50%-Pensum, ohne Über-Kopf-Arbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern/Gerüsten und Heben bis zu 25 kg, bei Einschränkungen bezüglich Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit, Fahrtauglichkeit - Bericht vom 10. September 2013 (Vorakten 32/2) - Bericht vom 29. Oktober 2013 (Vorakten 35), mit unveränderter Einschätzung der Arbeitsfähigkeit - Bericht vom 14. April 2014 (Vorakten 42/2): die Arbeitsfähigkeit betrage 50%; es bestehe dabei krankheitsbedingt eine verminderte Leistungsfähigkeit (schnelle Erschöpfung und Ermüdung, Konzentrationsschwäche, ADHS)

E. 9.8

Dr. X. _____, Arzt für Innere Medizin, begutachtete den Versicherten am 2. Mai 2014 und stellte im Gutachten vom 7. Mai 2014 für die Deutsche Rentenversicherung die folgenden Diagnosen (Vorakten 51/11): Coronare 2-Gefäß-Erkrankung bei Zustand nach Gefäßstützenimplantation in 04 und 08/2012 (RIA/ACD) mit gutem Langzeitergebnis und einer ergometrischen Belastbarkeit bis 125 Watt Diabetes mellitus Typ II, medikamentös (orale Antidiabetica) behandelt Arterieller Bluthochdruck, derzeit gut eingestellt Adipositas Grad I Vorbeschriebene schwere schlafbezogene Atemstörung (obstruktives Schlafapnoesyndrom) Cholesterinstoffwechselstörung (Hypercholesterinämie) Status nach mittelgradiger depressiver Episode, derzeit ohne medikamentöse Therapie gut gebessert Vordiagnostiziertes ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom), derzeit ohne Hinweise auf Dekompensation Vorbeschriebener Verdacht auf Schuppenflechtenkrankung, derzeit ohne relevante Krankheitsaktivität Gelenksbeschwerden bei vorbeschriebenen beginnenden Verschleissveränderungen in Knie- und Hüftgelenken bei vorrangiger muskulärer Dysbalance Krankheitsbedingte Einschränkungen: Keine stärkeren Hebebelastungen, keine Tätigkeiten, die häufiges Bücken und längere Zwangshaltungen erfordern, keine Tätigkeiten auf stärker unebenen Flächen mit Ausrutschgefahr, keine Tätigkeiten, die

häufiges Treppensteigen erfordern, keine Tätigkeiten, die Ersteigen von Leitern und Gerüsten erfordern, keine Tätigkeiten, die mit erhöhter Absturz- und Unfallgefahr einhergehen und erhöhte Stand- und Gangsicherheit erfordern. Keine Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung für Menschen und Maschinen und keine Tätigkeiten, die deutlich erhöhtes Konzentrations- und Reaktionsvermögen erfordern. Ferner keine Nacharbeit. Weiterhin leidensgerecht: Leichte Tätigkeiten, überwiegend im Stehen, im Gehen und ständig im Sitzen, in Früh- und Spätschicht, in einem Umfang von über sechs Stunden. Das Leistungsvermögen für die letzte, auch derzeit noch durchgeführte Tätigkeit als Beschäftigter im Laborbereich liegt bei über sechs Stunden pro Tag.

E. 9.9

Zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle bei der Gutachterstelle F. _____ AG, (...) (nachfolgend: MEDAS), ein polydisziplinäres Gutachten ein (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Pneumologie, Kardiologie und Psychiatrie). Das Gutachten vom 26. Mai 2015 (Vorakten 66) wurde von Prof. Dr. Y. _____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Z. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. Aa. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. Bb. _____, Facharzt für Pneumologie, Dr. Cc. _____, spez. Herzkrankheiten FMH, und Dr. Dd. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt. Polydisziplinär stellten die Experten die folgenden Diagnosen: Hauptdiagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Koronare Herzkrankheit mit Status nach Vorderwandinfarkt und Stenting des proximalen RIVA (04/2012) und Doppel-Stenting der rechten Kranzarterien 08/2012 o Kardiale Risikofaktoren: Hypertonie, positive Familienanamnese, Diabetes mellitus, Adipositas, Hyperlipidämie Chronisches multilokuläres muskuloskelettales Schmerzsyndrom bei/mit o Wirbelsäulenfehlstatik (thorakale Hyperkyphose mit Kopf- und Schulterprotraktion beidseits, leichte Skoliose) o degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule o degenerativen Veränderungen des Sacroiliacalgelenks rechts o muskulärer Dekonditionierung o beginnenden Coxarthrosen mit Verdacht auf Offsetstörung beidseits o initialen Gonarthrosen beidseits o Hallux rigidus links >> (Anmerkung Gericht: mehr als) rechts o subacromialem Impingementsyndrom beidseits Anamnestic, klinisch, laborchemisch und radiologisch fehlenden Hinweisen für das Vorliegen einer Polyarthrit/axialen Spondylarthritis Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 2007) o CPAP-Therapie seit 2007, wegen Maskenintoleranz im Januar 2013 sistiert Metabolisches Syndrom o Adipositas o Diabetes mellitus Typ 2 o Hyperlipidämie Hypertensive Herzkrankheit o Ektasie der Aorta ascendens 4.1 cm Vitamin D-Mangel Senk-/Spreibfüsse beidseits Angst und depressive Störung gemischt (ICD10: F41.2) Depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD10: F32.4) V.a. Residualzustand nach hyperkinetischer Störung, mit vorwiegend leicht desorganisiertem Denken (ICD10: F90.8) Mit Ausnahme des Kardiologen, der die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht unter guten Bedingungen auf 70% schätzte, gingen die Experten in den einzelnen Teil-Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit mit qualitativen Einschränkungen aus. Im polydisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, bei der aktuellen Tätigkeit handle es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit, die vorwiegend im Stehen ausgeführt werde. In der Funktion als Laborassistent müsse der Versicherte Gewichte einwiegen, im Grammbereich, und Mischungen herstellen. Es handle sich um eine Tätigkeit ohne grosse Staubexposition und ohne grosse Hitze- oder Kälteeinwirkung. Die Arbeit erfordere Konzentrationsfähigkeit und Genauigkeit. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei sowohl

aus kardiologischer als auch aus rheumatologischer Sicht eingeschränkt. So bestehe eine kardiale, kreislaufmässige und muskuläre Dekonditionierung. Rheumatologisch bestünden initial degenerative Veränderungen der Hüften und Kniegelenke, so dass kniende oder hockende Arbeiten eingeschränkt seien. Eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten und wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten, wie der Versicherte sie zurzeit ausübe, sei jedoch nicht ableitbar. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Labormitarbeiter in einem 50%-Pensum keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Weder in kardiologischer, pneumologischer noch rheumatologischer Hinsicht ergebe sich eine Beschränkung der Fähigkeiten, die das mittel- und langfristige Leistungspotential einschränkten. Das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom sei behandelbar und aufgrund der Non-Compliance des Versicherten symptomatisch. Die angegebene Müdigkeit und daraus resultierende Konzentrationsschwierigkeiten seien möglicherweise auch auf den aktuell schlecht eingestellten Diabetes mellitus und den Vitamin D-Mangel zurückzuführen. Auch die Adipositas sei ein mitverursachender Faktor. Es handle sich hierbei um Befunde, die bei entsprechender Therapie behandelbar seien.

E. 9.10

Am 16. September 2015 (Vorakten 68) hielt der RAD fest, das polydisziplinäre Gutachten entspreche zu weiten Teilen den Kriterien hinsichtlich Inhalt und Qualität, doch seien Rückfragen (vgl. Vorakten 69) bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angestammter und alternativer Tätigkeit notwendig. Die angestammte Tätigkeit sei die Arbeit am (...), die gemäss Arbeitsplatzbesichtigung vom 27. Februar 2013 als überwiegend körperlich belastende Tätigkeit einzustufen sei, die Kraft und Geschick erfordere; es handle sich um eine Arbeit mit Schutzbekleidung und Handschuhen aufgrund von Hitze einwirkung an der Maschine bis zu 260°, Umgang mit heissen Metallteilen, Arbeit unter Zeitdruck, Lärmbelastung, repetitive Lasten bis 25 kg und hohe Anforderung an die Konzentration. Zu diesen Anforderungen fügte der RAD noch das Merkmal «Schichtarbeit» hinzu. Von den Gutachtern sei eine qualitative und quantitative Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit als Hilfskraft im Labor einzuholen wie auch der Beschrieb der Anforderungen in einer optimal angepassten Tätigkeit.

E. 9.11

Im Schreiben vom 7. Oktober 2015 (Vorakten 70/3) hielt die MEDAS fest, die vom RAD beschriebene Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter im Schichtbetrieb sei nicht zumutbar. Diese Tätigkeit müsse als körperlich schwer und belastend eingestuft werden. Die zuletzt ausgeübte 50%ige Tätigkeit als Laborassistent, auf welche sich die Beurteilung im Gutachten stütze, sei jedoch aus medizinischer Sicht zumutbar.

E. 9.12

In der Stellungnahme vom 14. Oktober 2015 und in der Fallbesprechung vom 4. Juli 2016 bewertete der RAD die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS (vgl. E. 9.11 hiervor) als nicht aussagekräftig (Vorakten 71, 76). Es leuchte nicht ein, weshalb die MEDAS am 7. Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in der aktuellen Tätigkeit bestätige, obwohl aus dem Gutachten keine Arbeitsunfähigkeit für jene leichte, wechselbelastende Tätigkeit, wie sie vom Versicherten angegeben werde, abgeleitet werden könne. Die daraufhin einberufene versicherungsinterne Falldiskussion vom 4. Juli 2016 (Integration, Rente, RAD, Rechtsdienst) ergab, im Gutachten sei zu stark auf die seit dem Jahr 2004 nicht mehr ausgeübte Tätigkeit im Schichtbetrieb sowie auf die aktuell ausgeübte Tätigkeit im Labor

abgestellt worden. Dabei handle es sich gemäss Arbeitsplatzbeschreibung und Aussagen des Arbeitgebers jedoch nicht um eine angepasste Tätigkeit. Auch lägen keine medizinischen Akten vor, aus denen hervorgehe, dass der Versicherte krankheitsbedingt nicht mehr als Betriebsmitarbeiter im Schichtbetrieb arbeiten könne. Demgegenüber bestehe weitgehende Übereinstimmung zwischen der kardiologischen Beurteilung im MEDAS-Gutachten, wonach eine 30%ige Einschränkung vorliege, und der sozialmedizinischen Beurteilung aus dem Jahr 2014 (Gutachten Dr. X._____, vgl. E. 9.8 hiervor), wonach der Versicherte über sechs Stunden täglich in einer leichten, adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig sei.

E. 9.13

In der Stellungnahme vom 5. September 2016 (Vorakten 77) schloss sich der RAD den im Gutachten festgestellten Diagnosen und Funktionsdefiziten an und würdigte das Gutachten zusammenfassend auch hinsichtlich seiner Aussagekraft in Anwendung der Standardindikatoren auf das psychiatrische Teil-Gutachten. Die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der nachgelieferten MEDAS-Stellungnahme vom 7. Oktober 2015 seien jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auf die diesbezügliche Einschätzung abgestellt werden könne. Zwar sei die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter im Schichtbetrieb nicht mehr zumutbar, wie auch die angestammte Tätigkeit als Labormitarbeiter, die mit hoher körperlicher Belastung, Arbeiten in Hitze und Lärmbelastung und mit hohen Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit einhergehe. Es seien jedoch keine Hinweise ersichtlich, dass die vom Versicherten angegebene Schontätigkeit relevant von den Anforderungen an eine optimal angepasste Tätigkeit abweichen würde. Es fänden sich keine Gründe, weshalb letztere nur mehr zu 50% zumutbar sein solle. Zwar könne sich der Gesundheitszustand laut Gutachter noch bessern, mit zumutbaren, adäquaten Massnahmen (bessere Einstellung des Diabetes mellitus, Umstellung der Ernährung, Gewichtsreduktion, bessere Compliance bezüglich medizinischer Massnahmen wie CPAP, körperliches Training), doch ging die MEDAS in ihrer nachgereichten Stellungnahme davon aus, dass dadurch kaum eine höhere Arbeitsfähigkeit realisierbar sei. Dies sei aber angesichts des beschriebenen Anforderungsprofils und des festgestellten Gesundheitszustands nicht nachvollziehbar. Aus RAD-Sicht sei während der intensiven medizinischen Massnahmen von April bis mindestens August 2012 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Im Dezember 2012 habe der Versicherte begonnen, am angepassten Arbeitsplatz zu 50% zu arbeiten, weshalb ab diesem Zeitpunkt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. Ab der Stabilisierung der Herzfunktion sei von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies sei seit der kardiologischen Untersuchung vom 18. März 2013 der Fall. Wie sich auch aus der gutachterlichen Abklärung von Dr. X._____ zuhanden der deutschen Rentenversicherung ergebe (Gutachten vom 7. Mai 2014), sei danach keine relevante Einschränkung für eine angepasste Tätigkeit mehr feststellbar gewesen. Die LVEF-Schätzungen der behandelnden Kardiologen hätten vor März 2013 bei 38% gelegen, was einer mittelschwer beeinträchtigten linksventrikulären Funktion entsprochen habe. Ab der kardiologischen Kontrolluntersuchung vom 18. März 2013 seien die LVEF-Schätzungen bei 42-45% (leicht bis mittelschwer beeinträchtigten linksventrikuläre Funktion) und im Gutachten von Dr. X._____ vom Mai 2014 bei 44% gelegen. Eine angepasste Tätigkeit sei demnach ab 18. März 2013 zu 70% zumutbar und habe die folgenden Anforderungen zu erfüllen: körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit Möglichkeit zu Pausen respektive abwechslungsreiche Tätigkeit, keine

dauernd hohen Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit, keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder potentiell gefährlichen Maschinen, wechselbelastend, Möglichkeit zur Wechsellage (nicht andauernd gehend), keine Zwangshaltungen (ohne kniend oder in der Hocke, ohne kraftanfordernde bzw. repetitive Arbeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe), keine Exposition gegenüber extremen Umwelteinflüssen (Kälte, Nässe, stark schwankende Temperaturen), keine Schichtarbeit.

E. 9.14

Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit 1988 für dieselbe Arbeitgeberin in der chemischen Produktion tätig war und ab 1. März 2004 wegen mehrfacher gesundheitlicher Einschränkungen von seinem angestammten Arbeitsplatz als Ansatzmann im Schichtbetrieb ins Labor versetzt wurde (Vorakten 13; BVGer act. 1, Beilage 6). Grund dafür waren laut Bericht des Werkarztes Dr. Ee. _____ (BVGer act. 1, Beilage 4) gehäufte Ausfälle wegen verschiedener Erkrankungen, die in einer Gesamtsicht den Einsatz im Schichtbetrieb verunmöglichten. Konkret nannte er ein ausgeprägtes, chronisch rezidivierendes hyperkeratotisch rhaga-diformes Handekzem, welches zum ersten Mal 2001 in Kombination mit multiplen Schmerzen im Bewegungsapparat aufgetreten sei (zunächst differenzialdiagnostisch einer Psoriasisarthropathie zugeordnet, jedoch schliesslich als chronische Gelenkbeschwerden im Rahmen von Arthrosen und Insertionstendinosen interpretiert). Wegen einer Fascitis plantaris (September 2003) habe der Beschwerdeführer langdauernd keine Sicherheitsschuhe mehr tragen können und sei an einem Verweisschichtbetrieb im Labor eingesetzt worden (keine Tragepflicht für Sicherheitsschuhe wie in der Produktion). Aus einer Vereinbarung mit seinem damaligen Betriebsleiter vom 28. August 2003 geht ebenfalls hervor, dass ihm deshalb zunächst ein Schonarbeitsplatz zugewiesen werden musste (BVGer act. 1, Beilage 5). Dabei wurde auch zugesichert, dass er wieder auf der Schicht eingesetzt werden könne, sobald er gesund sei. Aus der Zwischenbeurteilung des Betriebsleiters vom 5. Januar 2004 geht hervor, dass dem Beschwerdeführer wegen medizinischer Aspekte das Tragen von Sicherheitsschuhen noch immer nicht möglich war (BVGer act. 1, Beilage 6). Gleichzeitig wurde für ihn nach einer anderen Arbeitsstelle innerhalb des Betriebs gesucht, für den Fall, dass sich der generelle Gesundheitszustand nicht nachhaltig verbessern und stabilisieren würde (vgl. Vereinbarung vom August 2003 und E-Mail Dokumentation, Beilagen 5 und 7 zu BVGer act. 1).

E. 9.15

Mit Replik legte der Beschwerdeführer neu einen Bericht des Kreiskrankenhauses Ff. _____ vom 13. Januar 2017 vor, mit den Diagnosen: - Entgleister Diabetes mellitus Typ 2, ED vor ca. 5 Jahren o Aktuell Einleitung ICT mit Metformin und Jardiance wegen KHK o Depression o Diabetesbedingte Folgeerkrankungen: * Diabetische sensomotorische Polyneuropathie * Koronare 2-Gefässerkrankung mit PTCA und Stent bei Vorderwandinfarkt 04/2016 * Autonome Neuropathie bei ED - Symptomatischer Harnwegsinfekt mit Enterococcus faecalis o Antibiotische Therapie - Hypokaliämie o Substitutionstherapie - Obstruktives Schlafapnoesyndrom o Maske nicht toleriert - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Präadipositas, arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie Während des Krankenhausaufenthalts (9. bis 13. Januar 2017) erfolgte eine Neueinstellung bei entgleister Stoffwechsellage. Nach Modifizieren der Therapie habe sich im stationären Aufenthalt eine deutlich gebesserte Stoffwechsellage sowie ein subjektives Wohlbefinden des Versicherten gezeigt. Im Alltagsleben seien diese Werte nochmals zu überprüfen, gegebenenfalls sei eine weitere Dosisanpassung im Alltag nötig, dies könne der Versicherte

schrittweise selbst vornehmen.

E. 10.1

Im Folgenden ist zu klären, ob der Sachverhalt in Bezug auf die Frage, ob der Beschwerdeführer Anfang 2004 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Schichttätigkeit habe eingesetzt werden können, rechtsgenügend erstellt ist (E. 10.2). Danach ist auf die strittigen Sachverhaltselemente betreffend die Arbeitsfähigkeit in der Schontätigkeit beziehungsweise in Verweistätigkeiten einzugehen (E. 10.3).

E. 10.2

Zunächst ist zu klären, inwiefern das Dossier über die gesundheitliche und berufliche Situation in den Jahren 2003 und 2004 Aufschluss gibt und ob sich die Vorinstanz auf die Aktenbeurteilung des RAD stützen konnte.

E. 10.2.1

Zu den geltend gemachten Einschränkungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Schichtbetrieb im Jahr 2003 ist zunächst festzuhalten, dass der RAD der IV-Stelle am 13. Februar 2017 mitgeteilt hat, dass das Anforderungsprofil betreffend die damals ausgeführten Tätigkeiten als Betriebsmitarbeiter im Schichtbetrieb nicht vorliege (Vorakten 83). Dennoch verzichtete die IV-Stelle auf eine weitere Abklärung bei der Arbeitgeberin. Demnach fehlt es den diversen Stellungnahmen des RAD in der Frage der Zumutbarkeit der damaligen Tätigkeiten im Schichtbetrieb zum Vorneherein an einer verlässlichen Grundlage. Wie der Beschwerdeführer im Weiteren rügt, trifft auch die Aussage des RAD, trotz multipler Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates sei jahrelang eine Tätigkeit im Schichtbetrieb als «Laborassistent» ausgeführt worden (Vorakten 83/2), in mehrfacher Hinsicht nicht zu. Zum einen belegt dies der Beschwerdeführer durch die beim werkärztlichen Dienst aktenkundigen krankheitsbedingten Abwesenheiten sowie die im August 2003 betriebsintern getroffene therapeutische Massnahme «vorübergehende Normalarbeit» (BVGer act. 1, Beilagen 4 und 5), zum anderen ergibt sich dies auch aus den Anforderungen des Arbeitsprofils «Ansatzmann» im Schichtbetrieb (BVGer act. 1, Beilage 1 «Zwischenbeurteilung»). Dennoch geht die Vorinstanz vernehmlassungs- und duplikweise davon aus, die medizinischen Einschränkungen hätten keinen dauerhaften Dispens von der Schichtarbeit gerechtfertigt. Dabei stützt sie sich auf die Auffassung des RAD, der unter Hinweis auf den werkärztlichen Bericht von Dr. Ee. _____ keine relevanten gesundheitlichen Einschränkungen als Ursache für den dauerhaften Wechsel vom Schichtbetrieb ins Labor sah. Der RAD begründet dies damit, es habe sich um behandelbare Erkrankungen gehandelt und die Fascitis plantaris habe zwar eine Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich ohne Sicherheitsschuhe notwendig gemacht, stelle aber keine Kontraindikation für Schichtarbeit dar.

E. 10.2.2

Nach Durchsicht der Akten geht zwar aus dem Bericht des Werkarztes Dr. Ee. _____ vom 24. April 2017 (BVGer act. 1, Beilage 4) hervor, dass er die einzelnen Erkrankungen des Jahres 2003 für sich allein betrachtet nicht als ausreichend befand, um eine Versetzung ins Labor zu rechtfertigen. Er hielt aber in einer Gesamtsicht fest, dass die Erkrankungen dazu geführt hätten, dass der Beschwerdeführer ab Dezember 2003 aus gesundheitlichen Gründen definitiv nicht mehr im Schichtbetrieb habe arbeiten können. Dabei zählte er auch chronische Beschwerdebilder auf (atopisches Handekzem, Arthrosen,

Insertionstendinosen), welche mit Schmerzen einhergehen. Aus dem gesamten Dossier (Berichte der behandelnden Ärzte und der Arbeitgeberin) ist ersichtlich, dass sich jene Gesundheitsschäden, die seit 2001 bekannt waren, neben der unbestrittenen, im Jahr 2003 neu aufgetretenen Fersenspornerkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten: Der Beschwerdeführer begab sich am 9. Juli 2001 wegen multipler Beschwerden im gesamten Bewegungsapparat in eine Rheumaklinik (Vorakten 3/45) und stand damals wegen einem schweren hyperkeratotischen rhagadiformen Befall beider Hände über längere Zeit in fachärztlicher Behandlung (Vorakten 38/5, 40 und 3/48). Dr. Gg._____, leitender Arzt der dermatologischen Poliklinik des Kantonsspitals L._____, berichtete der Werkärztin am 6. November 2001 (Vorakten 3/48) von der Diagnose einer psoriatischen Diathese und gab Handlungsempfehlungen ab (Hautpflege, Handschutz, Lichttherapie). Dem Beschwerdeführer, der bei Behandlung mit entzündungshemmenden Medikamenten (Resinat 50, 3x1) eine teilweise Linderung der Beschwerden im Bewegungsapparat erfahren hatte, wurde vom behandelnden Rheumatologen, Dr. Hh._____, vom schweren Zupacken abgeraten, darüber hinaus seien Zwangshaltungen zu vermeiden (Vorakten 3/45). Im Bericht des werkärztlichen Dienstes vom 24. April 2017 wird bestätigt, dass ein chronisches Handekzem und Einschränkungen im Bewegungsapparat (rezidivierende Insertionstendinosen bzw. Arthrosen) vorlagen. Damit wird schlüssig begründet, dass der Einsatz des Beschwerdeführers im Schichtbetrieb in der Produktion ab 2004 nicht mehr möglich war und auch danach die hierfür notwendige gesundheitliche Verbesserung nicht mehr eingetreten ist. In diesem Sinne äusserte sich auch der RAD in der Aktenbeurteilung vom 8. Juni 2017 (Vorakten 89/3), indem er bestätigte, dass Hinweise vorlägen, wonach körperlich schwere Tätigkeiten ab Mitte 2003 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der versicherten Person geführt hätten, vor allem in Form von zunehmenden Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates, was zu einer Versetzung ins Labor geführt habe. Im Übrigen kann auch auf den beschwerdeweise eingereichten Funktionsbeschreibung der Tätigkeiten als Ansatzmann im Schichtbetrieb verwiesen werden (vgl. Zwischenbeurteilung vom 5. Januar 2004, Beilage 6 zu BVGer act. 1), der dem RAD nicht vorgelegen ist. Darin werden als Tätigkeiten unter anderem die Vorbereitung und das Ansetzen von Edukten, das Ausladen und Abfüllen von Zwischen- und Endprodukten sowie die Anlagereinigung genannt. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, es gehe dabei um das Heben und Tragen schwerer Lasten, ist plausibel. Die im genannten Dokument beschriebenen Tätigkeiten in der Chemie- und Kunststoffproduktion erfordern üblicherweise die volle Funktionsfähigkeit der Gliedmassen, der Wirbelsäule sowie die Belastbarkeit von Haut und Händen. Demnach stellen Funktionseinschränkungen der Arme, Hände, Beine und chronische Hauterkrankungen, besonders an den Händen (Nassarbeiten, ständiger Hautkontakt mit Rohstoffen, Chemikalien), körperliche Eignungsrisiken dar (vgl. statt vieler Tätigkeitsbeschreibung Produktionsfachkraft Chemie beziehungsweise Chemiebetriebsjungwerker, deutsche Bundes-agentur für Arbeit, 23. Februar 2007: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/archiv/1139.pdf>, abgerufen am 15. November 2019; siehe auch arbeitsmedizinischer Bericht der SUVA, Januar 2018, wonach Atopiker und Psoriatiker besonders hautbelastende Arbeiten vermeiden sollten: <https://www.suva.ch/de-CH/material/Dokumentationen/arbeitsmedizin-berufliche-hautkrankheiten-286911d>, abgerufen am 15. November 2019).

E. 10.2.3

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass die Beurteilung der Vorinstanz, es gebe keine Kontraindikation betreffend den Schichtdienst nach 2004, als nicht sachgerecht erscheint. Auch der RAD scheint in seiner letzten Stellungnahme davon auszugehen, dass körperlich leichte Tätigkeiten, für welche seiner Ansicht nach auch nach 2004 noch Schichtarbeit hätte geleistet werden können, wohl in dem Betrieb nicht angeboten wurden (vgl. Vorakten 89/3).

E. 10.2.4

Zum Beweiswert des werkärztlichen Berichts vom 24. April 2017 ist festzuhalten, dass sich Dr. Ee._____ darin auf sein umfangreiches medizinisches Dossier bezog und die relevanten Leiden seit 2001 berücksichtigte (aktenkundige spezialärztliche Berichte sind denn auch an den werkärztlichen Dienst adressiert, vgl. Vorakten 3/48). Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, hat der Werkarzt in seinem Bericht vom 24. April 2017 in der Frage, ob die Tätigkeit im Schichtbetrieb ab dem Jahr 2004 noch zumutbar gewesen sei, eine sämtliche Leiden umfassende medizinische Einschätzung abgeben können (vgl. E. 6.6 hiervor). Dabei nehmen die Werkärzte selbst keine Behandlungen vor, sondern beobachten die Versicherten und äussern sich im Auftrag der Arbeitgeberin zum medizinischen Zumutbarkeitsprofil (vgl. etwa aktenkundiger Bericht über die Arbeitsplatzbesichtigung vom 27. Februar 2013, Vorakten 13/12). Im Unterschied zum Hausarzt oder zu den behandelnden Spezialärzten besteht dabei kein Naheverhältnis zum Beschwerdeführer, weshalb den Berichten der Werkärzte durchaus ein hoher Beweiswert zugemessen werden kann (vgl. E. 6.10 hiervor). Im Weiteren hat der Werkarzt Dr. Hh._____ den Beschwerdeführer zur Frage der körperlichen Belastungsfähigkeit persönlich im Rahmen der Arbeitsplatzbesichtigung vom 27. Februar 2013 gesehen und sich im Bericht vom 8. April 2013 gemeinsam mit Dr. Ee._____ zu den gesundheitlichen Einschränkungen und dem daraus resultierenden Missverhältnis zwischen Anforderungen und Belastbarkeit geäußert. Demgegenüber standen dem RAD für eine Aktenbeurteilung zwar fachärztliche Berichte zur Verfügung, die jedoch keine Gesamtsicht auf die verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen in den Jahren 2003 und 2004 wiedergeben (vgl. E. 6.8 und 6.9 hiervor). Aufgrund der überzeugenden Würdigung der gesundheitlichen Einschränkungen im Einzelnen und der nachvollziehbaren Einschätzung des sich daraus ergebenden Zumutbarkeitsprofils im Gesamten kann vorliegend in der Frage der Arbeitsfähigkeit ab dem Jahr 2004 auf den werkärztlichen Bericht von Dr. Ee._____ vom 24. April 2017 abgestellt werden.

E. 10.2.5

Nach dem Gesagten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach fünfzehnjähriger Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter in der chemischen Produktion, welche das Heben und Tragen schwerer Lasten erforderte, aufgrund von wiederholt aufgetretenen krankheitsbedingten Leiden Anfang 2004 endgültig nicht mehr im Schichtbetrieb arbeiten konnte und ins Labor versetzt werden musste, da ihm die schwere Arbeit medizinisch nicht mehr zumutbar war.

E. 10.3

Im Folgenden ist auf die Frage einzugehen, inwiefern ab dem Jahr 2012 (Herzinfarkt 04/2012) eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten ist und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat.

E. 10.3.1

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). Eine medizinische Beurteilung stellt keinen abschliessenden Entscheid über die Folgen der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen dar. Vielmehr ist sie durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Weil die gesetzliche Definition der Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (vgl. BGE 130 V 352 E. 3; BGer 9C_128/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2 und 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1.).

E. 10.3.2

Das polydisziplinäre Gutachten vom 26. Mai 2015 setzt sich eingehend mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt auseinander. Es führt die wesentlichen medizinischen Vorakten auf. Die einzelnen Teilgutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend. Die fachärztlichen Schlussfolgerungen in den Expertisen sind begründet. Die einzelnen Teilgutachten erfüllen daher die in der Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (vgl. E. 6.6). Ausserdem haben die Gutachter ihre jeweiligen Ergebnisse nach einem interdisziplinären Austausch in einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers wiedergegeben. Insgesamt erscheint die im Gutachten vorgenommene Beurteilung des Gesundheitszustands daher vollständig, schlüssig sowie nachvollziehbar begründet. Namentlich haben die Gutachter bei der Beurteilung, welche Gesundheitsschäden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, die Befunde aller involvierten Fachrichtungen berücksichtigt. Wie der RAD festgehalten hat, geht aus den Teilgutachten schlüssig hervor, dass sich das Herzleiden bei guten Bedingungen und ohne das Tragen von schweren Lasten mit 30% in quantitativer Hinsicht (Vorakten 66/69) niederschlägt, die festgestellten Funktionseinschränkungen im Bewegungsapparat sich aber nur in qualitativer Hinsicht auf die Leistungsfähigkeit auswirkten, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten aus rein rheumatologischer Sicht nicht begründet werden konnte (Vorakten 66/45). Die Gutachter sind aber abschliessend in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht nur mehr der Frage nachgegangen, ob der Beschwerdeführer in seiner aktuellen Tätigkeit (50%-Pensum, Schonarbeitsplatz) uneingeschränkt arbeitsfähig sei (Vorakten 66/53). Die Frage, ob ihm in Verweistätigkeiten allenfalls ein höheres Pensum zumutbar wäre, wurde im Gutachten nicht beantwortet.

E. 10.3.3

In beweisrechtlicher Hinsicht ist massgeblich, dass im Gutachten die gesundheitliche Situation ausreichend und überzeugend dargelegt und auch in interdisziplinärer Sicht wiedergegeben werden konnte. Eine darauf basierende versicherungsmedizinisch anders ausgefallene Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD stellt für sich allein betrachtet noch kein Indiz gegen die Zuverlässigkeit der medizinischen Feststellungen der MEDAS dar (vgl. E. 10.3.1 hiervoor). Mangels konkreter Indizien gegen die Zuverlässigkeit der medizinischen Expertise ist dem Gutachten daher in der Feststellung der vorliegenden Gesundheitsschäden die Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. E. 6.6).

E. 10.3.4

Die MEDAS erachtete laut der am 7. Oktober 2015 (Vorakten 70) nachgelieferten Schätzung der Restarbeitsfähigkeit ein 50%-Pensum auf einem leidensangepassten Arbeitsplatz für zumutbar. Der RAD und die versicherungsinterne IRRR-Fallkonferenz nahmen an, die Gutachter hätten in der nachgereichten Stellungnahme zu sehr auf die subjektiven Beschwerden des Versicherten Rücksicht genommen. Deshalb könne ihre Schätzung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit nicht übernommen werden. Demgegenüber betont der Versicherte die Objektivität der Gutachter und die inhaltliche Korrektheit ihrer Expertise, weshalb auch auf deren Schätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen sei. Wie der RAD zutreffend ausführt, erscheint die Schätzung der Gutachter aufgrund der in den einzelnen Teil-Gutachten dargestellten Funktionseinschränkungen nicht schlüssig hergeleitet zu sein (quantitativ 30% wegen herabgesetzter Herzfunktion; qualitative Einschränkungen aufgrund der Beschwerden im Bewegungsapparat: leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit Möglichkeit zu Pausen, wechselbelastend, Möglichkeit zur Wechsellage, keine Zwangshaltungen, keine Exposition gegenüber extremen Umwelteinflüssen, keine Schichtarbeit). Es ist der Vorinstanz im Weiteren zuzustimmen, dass - wohl unter Berücksichtigung der subjektiven Situation des Beschwerdeführers - bei der quantitativen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS vom 7. Oktober 2015 in versicherungsmedizinischer Hinsicht nicht nachvollziehbar zwischen den Beeinträchtigungen unterschieden wurde. Die Gutachter haben die vom Beschwerdeführer zusätzlich geltend gemachten leistungseinschränkenden Faktoren als behandelbar (Schlafapnoe-Syndrom, Diabeteserkrankung) beziehungsweise nicht diagnostizierbar (ADHS) dargestellt. Wie der RAD festhält, besteht ein innerer Widerspruch zwischen den im MEDAS-Gutachten festgestellten Verbesserungsmöglichkeiten betreffend diese Erkrankungen und der am 7. Oktober 2015 zum Ausdruck gebrachten Ansicht der MEDAS, die Leistungsfähigkeit könne dadurch nicht beeinflusst werden. Vielmehr hat die Vorinstanz in zutreffender Weise darauf hingewiesen, dass vom Beschwerdeführer alle Massnahmen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit zu ergreifen sind. Soweit der Beschwerdeführer Beeinträchtigungen aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms beklagt, ist festzuhalten, dass er die hierfür indizierte CPAP-Therapie (2007) im Jahr 2013 sistiert hat, weil ihn die Maske störte (Aufwachen wegen den Geräuschen, störende Gummibänder). Im psychiatrischen Teil-Gutachten wurde keine psychische Beeinträchtigung festgestellt, die die Sistierung dieser Therapie in versicherungsmedizinisch relevanter Weise rechtfertigen könnte, die CPAP-Therapie ist ihm aus psychiatrischer Sicht zumutbar (vgl. Vorakten 66/38). Dass sich das Schlafapnoe-Syndrom zusätzlich auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnte, wurde im Übrigen vom RAD in der Beschreibung des Zumutbarkeitsprofils für angepasste Tätigkeiten bereits berücksichtigt (vgl. BGer 9C_842/2011 vom 6. Januar 2012 E. 4). Im Weiteren ist nach der Rechtsprechung auch davon auszugehen, dass mit einem adäquat behandelten, gut eingestellten Diabetes mellitus in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit verbunden ist (vgl. Urteil des BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3). Der Bericht des Kreiskrankenhauses Ff. _____ vom 13. Januar 2017 (vgl. E. 8.15 hiervor) bestätigt einen entgleisten Diabetes, der aktuelle Befund spiegle die unzureichende Stoffwechsellage der letzten Monate wider, wobei bei Entlassung nach dem fünftägigen stationären Aufenthalt von einer erfolgreichen Neueinstellung auszugehen war. Durch die Neueinstellung habe sich das Wohlbefinden wie auch die Stoffwechsellage deutlich gebessert, der Versicherte könne allfällige weitere notwendige

Anpassungen im Alltag selbst vornehmen. Demnach ist auch der Diabetes als behandelbar einzustufen und vermag zumindest für die vom RAD aufgeführten Verweistätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Hinsichtlich des geltend gemachten ADHS ist auf das psychiatrische Teil-Gutachten zu verweisen, in welchem die Diagnose in Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte mit überzeugender Begründung für den Untersuchungszeitpunkt verworfen wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte klinisch keine Symptome von Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung oder Impulsivität feststellen (Vorakten 66/35).

E. 10.3.5

Der RAD hat demnach aufgrund der im Gutachten beschriebenen Einschränkungen ein überzeugendes Zumutbarkeitsprofil hergeleitet und eine nachvollziehbare Einschätzung der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit abgegeben. Die darauf gründende Feststellung der Vorinstanz, bei einer dem qualitativen Profil angepassten Tätigkeit sei eine Leistungsminderung von 30% in quantitativer Hinsicht anzunehmen, ist nicht zu beanstanden.

E. 10.4

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2004 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus gesundheitlichen Gründen vom Schichtbetrieb ins Labor versetzt werden musste. Seit der Besserung der Herzfunktion (März 2013) ist er in einer seinen Leiden angepassten Verweistätigkeit als zu 70% arbeitsfähig zu erachten.

E. 11

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Invaliditätsgrad korrekt ermittelt wurde. Die Vorinstanz hat verneint, dass das vom Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden erzielbare Valideneinkommen gemäss den Angaben der Arbeitgeberin Fr. 93'168.- betragen würde. Zu prüfen ist auch das trotz Gesundheitsschädigung in zumutbarer Weise noch realisierbare Invalideneinkommen.

E. 11.1

Die Verfahrensparteien gehen für den Einkommensvergleich in zutreffender Weise von den Verhältnissen im Jahr 2013 aus (vgl. E. 6.4 hiervor). Der Beschwerdeführer hat sich am 22. März 2013 zum Bezug von Leistungen angemeldet (Vorakten 2), sein Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens 6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

E. 11.2

Die Vorinstanz berechnete das Valideneinkommen auf Basis des auf dem Arbeitgeberfragebogen ausgewiesenen Lohnes von Fr. 78'910.- für die Tätigkeit im Labor im Jahr 2013 (Vorakten 13 und 79). Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, seine Beschwerden hätten bereits Anfang 2004 zu einer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit geführt. Entsprechend sei darauf abzustellen, was er heute verdienen würde, wenn er keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen erlitten hätte.

E. 11.3

Aus den Akten ergibt sich nach dem Gesagten, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers im Jahr 2003 bereits derart beeinträchtigt war, dass er nicht mehr in der Lage war, als

Ansatzmann die körperlich anstrengende Schichtarbeit zu leisten. Entsprechend wurde er im Februar 2004 in das Labor versetzt (vgl. E. 9.2 hiervor). Somit kann zur Bestimmung des Valideneinkommens nicht auf das als Labormitarbeiter erzielte Einkommen abgestellt werden, da es sich hierbei nicht um das ohne Gesundheitsbeeinträchtigung erzielte Einkommen handelt. Aus den Akten ergibt sich im Weiteren, dass der Beschwerdeführer als Gesunder bei einer Tätigkeit im Schichtbetrieb im Jahr 2013 zusätzlich Anspruch auf 16.7% vom Basislohn einschliesslich einer Umgebungszulage von Fr. 90.- pro Monat (Fr. 1'080.- pro Jahr) gehabt hätte (Vorakten 13/10). Demnach beträgt das hypothetische Valideneinkommen für das Jahr 2013 gerundet Fr. 93'168.-.

E. 11.4

Für die Festsetzung des IV-Einkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der der Versicherte konkret steht (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1 und 135 V 297 E. 5.2). Übt die versicherte Person eine Invalidentätigkeit aus, hat die IV-Stelle abzuklären, ob besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind, ob die verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausgeschöpft wird und ob das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint. Die Abklärungen bei der Arbeitgeberin haben vorliegend aber ergeben, dass diese Voraussetzungen nicht kumulativ erfüllt sind. Im Arbeitgeberfragebogen wurden Angaben zum Soziallohnanteil gemacht, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer für seine Tätigkeit angemessen entlohnt wird. Im Weiteren wurden darin von der Arbeitgeberin Tätigkeiten beschrieben, die dem Versicherten laut RAD jedenfalls nicht mehr zumutbar sind (vgl. Vorakten 25). Die Vorinstanz bringt im Weiteren duplikweise vor, selbst bei der Annahme, die Tätigkeit am Schonarbeitsplatz entspreche dem Zumutbarkeitsprofil optimal, sei nicht dargelegt, weshalb der Beschwerdeführer nicht mit einem höheren Pensum arbeiten könne. Dies ist nach Durchsicht der Akten nicht zu beanstanden (vgl. E. 10.4 hiervor).

E. 11.5

Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss LSE beigezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteile des BGer 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.1 und 8C_749/2013 vom 6. März 2014 E. 4.1). Die Ansicht der Vorinstanz, wonach bereits der tatsächlich erzielte Lohn aufgrund des Zumutbarkeitsprofils nicht als Invalidenlohn gelten kann, ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Daher erübrigen sich auch weitere Abklärungen oder Ausführungen zur Frage des Beschwerdeführers, weshalb sich die Vorinstanz nicht zu den Angaben der Arbeitgeberin zum Soziallohnanteil geäußert habe.

E. 11.6

Demnach ist nicht zu beanstanden, dass sich die Vorinstanz bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012, Tabelle TA 1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 gestützt hat. Den darin ausgewiesenen Lohn hat sie auf 41.7 Wochenstunden zuzüglich der Nominallohnentwicklung von 0.73% mit einem Einkommen von Fr. 45'958.- für ein noch zumutbares 70%-Pensum für Verweistätigkeiten berechnet. Auch der von der Vorinstanz gewährte Leidensabzug von 10% aufgrund der Teilzeittätigkeit in Verweistätigkeiten wurde nicht bestritten und ist nicht zu beanstanden

(vgl. Urteil des BGer 8C_319/2017 vom 6. September 2017 E. 3.3.2). Demnach geht die Vorinstanz in korrekter Weise von einem Invalideneinkommen von Fr. 41'362.- aus.

E. 11.7

Die übrigen Rügen des Beschwerdeführers vermögen zu keinem anderen Ergebnis zu führen. Dies gilt insbesondere für seine Argumentation, die Vorinstanz hätte bei der Berechnung des IV-Einkommens ausgehend von den tatsächlichen Verhältnissen auf einen IV-Grad von mehr als 60% schliessen müssen. Seine Berechnung ist jedoch unzutreffend: In der von ihm bevorzugten Variante würde ihm kein Leidensabzug zustehen, da er seine Restarbeitsfähigkeit bei seiner Arbeitgeberin und nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwerten müsste. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2; 135 V 297 E. 5.2). Folgt man den Vorbringen des Beschwerdeführers, würde der IV-Grad aufgrund des fehlenden Leidensabzugs 51% betragen ($[93'168 - 45'958] / 93'168 = 0.506$). Da sich die Vorinstanz dieser Sichtweise aus vertretbaren Gründen ohnehin nicht angeschlossen hat, erübrigen sich weitere Ausführungen dazu (vgl. Stellungnahme RAD, Vorakten 25: Tätigkeit gilt als nicht invalidengerecht).

E. 12

Die Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt demnach einen Invaliditätsgrad von 56% ($[93'168 - 41'362] / 93'168 = 0.556$), womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat (Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Kinderrenten betreffend die vier Kinder (vgl. BVGer act. 1, Beilagen) wurden vorliegend dem Grunde nach und hinsichtlich der Dauer nicht bestritten und sind auch nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist im Ergebnis teilweise gutzuheissen und die angefochtenen Verfügungen sind entsprechend abzuändern. Die von der Vorinstanz nachzuleistenden Renten sind gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG zu verzinsen. Darüber hinaus erweist sich die Beschwerde als unbegründet und wird abgewiesen. Die Vorinstanz ist anzuweisen, die Rentenbetreffnisse im Sinne vorstehender Erwägungen neu zu berechnen und rückwirkend ab 1. September 2013 auszurichten.

E. 13.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei der Regelung der Verfahrenskosten ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass sich der Beschwerdeführer vorliegend nur durch die Beschwerdeerhebung rechtliches Gehör verschaffen konnte (vgl. E. 7.3 hiervor; BGE 126 II 111 E. 7b). Auch wenn von einem teilweisen Unterliegen des Beschwerdeführers auszugehen ist, werden ihm daher keine Verfahrenskosten auferlegt (vgl. Urteil des BGer 1C_233/2007 vom 14. Februar 2008 E. 2.1.3 m.H.). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- (BVGer-act. 4) ist dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 13.2

Grundsätzlich kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die Parteientschädigung

umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Mit Vertretung ist nur eine externe anwaltliche oder nichtanwaltliche berufsmässige Vertretung gemeint (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. a VGKE). Vorliegend wurde der teilweise obsiegende Beschwerdeführer als Mitarbeiter der C. _____ AG bis zum Abschluss des Schriftenwechsels von der C. _____-internen Sozialberatung vertreten, nicht von einer externen anwaltlichen oder nichtanwaltlichen berufsmässigen Vertretung. Damit liegen keine Kosten der Vertretung im Sinne von Art. 9 Abs. 1 VGKE vor, die einen Anspruch auf Parteientschädigung begründen (vgl. Urteil des BVGer C-2612/2018 vom 12. September 2019 E. 14.2 m.w.H.). Dem Beschwerdeführer ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen. Auch die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Dispositiv nächste Seite)

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