

SO_GERICHTE VSBES.2016.132 vom 6. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.132

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.132 du 6 avril 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.132 del 6 aprile 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin holte die Akten der Suva ein und tätigte eigene medizinische Abklärungen. Am 3. Oktober 2014 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Suva durch Dr. med. C.____, Facharzt für Pneumologie und Innere Medizin, begutachtet (IV-Nr. 27 S. 2 ff.).

2.2 Mit Verfügung vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 33) wies die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 29 % ab. Der Beschwerdeführer liess daraufhin weitere medizinische Unterlagen einreichen und beantragte die wiedererwägungsweise Aufhebung der genannten Verfügung (IV-Nr. 39). Dem kam die Beschwerdegegnerin am 3. März 2015 (IV-Nr. 40) mit der Begründung nach, der Beschwerdeführer habe medizinische Unterlagen einreichen lassen, die der Beschwerdegegnerin nicht bekannt gewesen seien, jedoch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen würden. Man nehme daher weitere Abklärungen vor.

E. 3

und 14. April 2014 [IV-Nrn. 1 und 7]), was hier im Oktober 2014 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Oktober 2014 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2014 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage (IV-Revision 6a) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3.2

mmol/l. Im Rahmen der Beurteilung wurden angegeben, lungenfunktionell habe eine mittelschwere, signifikant teilreversible obstruktive Ventilationsstörung vorgelegen, welche die Symptomatik des Beschwerdeführers alleine kaum erklären könne. Bei Verdacht auf eine obstruktive schlafbezogene Atemstörung sei eine respiratorische Polygraphie durchgeführt worden, die einen schweren Befund ergeben habe. In der Folge sei eine

APAP-Therapie erfolgreich adaptiert worden. Im B.____ sei einmalig ein fragliches Vorhofflimmern festgestellt worden, welches jedoch während der Hospitalisation im Spital [...] nicht mehr zu dokumentieren gewesen sei. Echokardiographisch habe sich eine normale LVEF gezeigt, allerdings seien eine diastolische Dysfunktion und eine Dilatation des rechten Ventrikels gegeben. In dieser Hinsicht sei ein Erfolg der APAP-Therapie in Bezug auf die schwere schlafbezogene Atemstörung noch abzuwarten. Der Beschwerdeführer habe am 24. April 2015 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

5.9 In seinem Arztbericht vom 25. August 2015 (IV-Nr. 54) diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, Folgendes: - hypertensive Herzkrankheit, - nicht valvutäres paroxysmales Vorhofflimmern: CHADS-VASc-Score 3, - bifaszikulärer Block (linksanteriorer Hemiblock, Rechtsschenkelblock), - arbeitsplatzabhängiges Asthma bronchiale: keine pulmonale Hypertonie nachweisbar, leichte Einschränkung der rechtsventrikulären systolischen Funktion, - sistierter Nikotinabusus von kumulativ 30 PY. Dr. med. E.____ ging von einer Arbeitsunfähigkeit 100 % als «Mitarbeiter» aus. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Das bisherige Arbeitspensum von 2.5 Stunden sei aus rein kardialer Sicht zu verantworten. Der Beschwerdeführer könne in langsamem Tempo jeden Tag zwei Stunden lang körperlich leichte Arbeit verrichten. Anschliessend sei er aber erschöpft. Die bisherige Tätigkeit sei zumutbar, dies an 2.5 Stunden pro Tag. Andere Tätigkeiten seien nicht zumutbar.

5.10 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Verlaufsgutachten von Dr. med. C.____ vom 2. November 2015 (IV-Nr. 56) wurden folgende Diagnosen festgehalten: - obstruktive Lungenkrankheit (mittelschwer, GOLD Stadium II), - bronchiale Hyperreaktivität mit Sensibilisierung gegen Isozyanate (HDI;MDI;TDI), - Nikotinabusus (ca. 30 PY), Status nach mehrmaligen Abstinenz-Versuchen, - Adipositas (BMI 38, WHO-Klasse II), - schweres obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, - arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit, diastolische Dysfunktion, intermittierendes Vorhofflimmern, - Verdacht auf peripher arterielle Verschlusskrankheit. Dr. med. C.____ kam in seiner Beurteilung zu den gleichen Schlussfolgerungen wie in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2014. Zum weiteren Verlauf führt er aus, eine weitere wesentliche ursächliche Komponente für die Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit sei die hypertensive Herzkrankheit. Sie gehe – gemäss echokardiographischer Untersuchung in der Klinik D.____ 2015 – mit einer diastolischen Funktionsstörung des linken Ventrikels einher. Zudem sei zwischenzeitlich ein intermittierendes Vorhofflimmern dokumentiert worden. Es sei möglich, dass die anlässlich der Polygraphie im April 2015 dokumentierte intermittierende periodische Atmung auf diese kardiale Störung zurückzuführen sei. Der Blutdruck des Beschwerdeführers sei trotz antihypertensiver Behandlung immer noch zu hoch. Das schon früher vermutete obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, dessen wesentlicher Risikofaktor die Adipositas bilde, sei anlässlich des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik D.____ polygraphisch bestätigt und als schwer einzustufen. Die vom Beschwerdeführer zuverlässig durchgeführte CPAP-Therapie habe die Vigilanz deutlich verbessert und zu einer Verbesserung des nächtlichen Atemmusters sowie der nächtlichen Sauerstoffsättigung geführt. Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit blieb in der Folge die gleiche wie anlässlich der Begutachtung vom 3. Oktober 2014: Die aus der mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung ableitbare medizinisch-theoretische Invalidität bewege sich zwischen 25 und 30 %. Das Ausmass dieser fixierten lungenfunktionellen Einschränkung erkläre aber nicht die vom Beschwerdeführer geschilderte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit im Alltag sowie die belastungsmässig und zeitlich reduzierte

berufliche Tätigkeit. Dem Beschwerdeführer sei nur noch eine leichte körperliche Arbeit zumutbar, diese aber ganztags und während der ganzen Woche. Bis Februar 2014 habe der Beschwerdeführer 100 % ganztags gearbeitet. Seit März 2014 arbeite er in einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit nur noch vormittags von 07.30 bis 12.00 Uhr, dies an lediglich vier Wochentagen. Im angestammten Beruf sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Ihm wäre eine Arbeit, die mit keiner oder einer sehr geringen körperlichen Belastung einhergehe (sitzend oder sitzend bis intermittierend stehend, ohne Heben oder Tragen von Gewichten über ca. 5 kg) ganztags und an allen Wochentagen zumutbar. Seit er den Beschwerdeführer im August 2014 für die Suva begutachtet habe, führt Dr. med. C. ___ aus, habe die körperliche Belastbarkeit weiter abgenommen. Im August 2014 sei er der Meinung gewesen, dass dieser eine leichte körperliche Arbeit, bei der es zu keinen inhalativen Expositionen gegenüber potenziell die Atemwege schädigenden Stoffen komme, ausführen könnte. Dies unter der Voraussetzung, dass es ihm gelingen würde, an Gewicht abzunehmen und im Rahmen der ambulanten Rehabilitation seine Kondition zu verbessern. Dies sei aber nicht möglich gewesen. Das Gewicht habe sogar zugenommen. Die Belastbarkeit des Beschwerdeführers bleibe massiv eingeschränkt. In der Zwischenzeit seien zudem eine diastolische Funktionsstörung und ein intermittierendes Vorhofflimmern diagnostiziert worden. Die gesundheitliche Situation habe sich seit seiner Untersuchung im August demnach verschlechtert. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigte Dr. med. C. ___ im Rahmen einer Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 64) noch einmal. Die Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands seit August 2014 sei multifaktoriell bedingt (Lunge, kardial, Adipositas). Sie werde in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchaus berücksichtigt. Aus dieser ungünstigen Entwicklung resultiere aber nicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er halte an seiner Beurteilung fest, dass dem Beschwerdeführer eine Arbeit, die mit keiner oder einer nur sehr geringen körperlichen Belastung einhergehe, ganztags und an allen Wochentagen zumutbar sei. 5.11 Dr. med. I. ___ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte am 4. Dezember 2015 (IV-Nr. 62) aus, eine Verschlechterung in klinischer Hinsicht müsse nicht bedeuten, dass die vom Gutachter formulierte, sehr leichte Tätigkeit nicht mehr zu 100 % zumutbar sein solle. Zu den kardialen Diagnosen sei zu sagen, dass die hypertensive Herzkrankheit eine sehr leichte Tätigkeit sehr wohl zulasse. Das Vorhofflimmern trete offenbar nur intermittierend auf. Eine Gewichtsabnahme würde die Belastbarkeit sowohl in kardialer als auch in pulmonaler Hinsicht verbessern. Hier sei die Schadenminderungspflicht anzusprechen, was auch für den Nikotinkonsum gelte. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage seit Sommer 2012 0 %. Eine Verweistätigkeit sei durchgehend zu 100 % zumutbar. 6. Die angefochtene Verfügung wird vorwiegend auf das Gutachten von Dr. med. C. ___ vom 3. Oktober 2014 und dessen Verlaufsbeurteilung vom 2. November 2015 abgestützt. Es ist demnach der Beweiswert dieser Gutachten zu prüfen. In diesem Zusammenhang kann zunächst festgehalten werden, dass diese in Kenntnis der Aktenlage erstellt wurden, wie die darin vorgenommene Aktenanalyse zeigt. Die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers werden wiedergegeben und es werden eigene, eingehende Befunde erhoben. Der Gutachter ist Facharzt auf dem Gebiet der Pneumologie. Die von Dr. med. C. ___ gestellten Diagnosen sind im Hinblick auf die Anamnese und die Befunderhebungen nachvollziehbar hergeleitet und entsprechen auch den in sämtlichen anderen vorhandenen Berichten erhobenen Diagnosen. In Bezug auf diese wird der Beweiswert der Gutachten denn auch nicht moniert. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen beziehen sich im Wesentlichen auf die Beurteilung der aus der Gesundheitsschädigung resultierenden Arbeitsunfähigkeit. Dem

Argument, der Gutachter habe nicht berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer seit seiner Anmeldung zum Leistungsbezug nachgewiesenermassen lediglich zwischen 0 und 25 % leistungsfähig bzw. nicht arbeitsfähig gewesen sei, ist jedoch zu widersprechen. Die in den Akten dokumentierte eingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bezog sich stets auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers, zumal er ja weiterhin bei seiner bisherigen Arbeitgeberin angestellt war. Nachdem der Gutachter zum Schluss kommt, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, entspricht dies der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendung, er habe im März 2014 nur noch eine Leistung von 10 - 20 % erbracht, was der Hausarzt ab dem 29. April 2014 bestätigt habe, indem er eine Arbeitsfähigkeit von noch 25 % attestiert habe. Dr. med. C. ___ kommt demnach ebenfalls zum Schluss, dass in der ursprünglichen Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit besteht. Im Verlaufsgutachten werden sämtliche Entwicklungen seit der ersten Begutachtung vom 3. Oktober 2014 berücksichtigt, insbesondere die Erkenntnisse aus dem stationären Aufenthalt in der Klinik D. ___.

Dr. med. C. ___ äussert sich auch zur kardialen Problematik und hat diese nicht aussen vor gelassen. Insofern kann nicht behauptet werden, seine Beurteilung stütze sich ausschliesslich auf die Lungenproblematik. Ebenso wenig stösst der Bericht von Dr. med. E. ___ vom 25. August 2015 die gutachterliche Einschätzung um. Die vom behandelnden Kardiologen gestellten Diagnosen werden im Gutachten ebenfalls genannt. Eine widersprechende Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit lässt sich ebenfalls nicht finden. Dr. med. E. ___ geht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als «Mitarbeiter» aus. Daraus lässt sich nun aber nicht ableiten, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sein soll. Vielmehr bezieht sich die Aussage von Dr. med. D. ___ auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers. Indem er angibt, die zum Berichtszeitpunkt aktuell geleistete Arbeit von 2.5 Stunden täglich (in der angestammten Tätigkeit) sei aus kardiologischer Sicht verantwortbar, schätzt er die Arbeitsfähigkeit sogar noch höher ein als Dr. med. C. ___, der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit postuliert. Schliesslich kann auch nicht gesagt werden, dass sich Dr. med. C. ___ selber widerspreche, wenn er von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung am 3. Oktober 2014 ausgehe, die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aber immer noch gleich hoch einschätze. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliesst nicht aus, dass in einer angepassten, sehr leichten Tätigkeit nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Ausserdem ist es nicht so, dass der Gutachter vom identischen Tätigkeitsprofil ausgeht wie noch im Gutachten vom 3. Oktober 2014. Im Rahmen der Erstbegutachtung hielt er eine leichte körperliche Arbeit ohne inhalative Exposition gegenüber die Atemwege schädigenden Stoffen ganztätig zu 100 % für zumutbar. Im Verlaufsgutachten beschreibt er das Tätigkeitsprofil konkret als Arbeit, die mit keiner oder einer sehr geringen körperlichen Belastung einhergehe, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg. Es handelt sich dabei eher um eine sehr leichte als um eine leichte Tätigkeit. Eine solche erachtet er nachvollziehbar als weiterhin zumutbar, obwohl es dem Beschwerdeführer nicht gelungen ist, sein Gewicht zu reduzieren. Dem Gutachter war dieser Umstand bekannt, so hat er doch selber darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer trotz der im Rahmen der Begutachtung vom 3. Oktober 2014 erwähnten Dringlichkeit abzunehmen, noch weiter zugenommen hat. Trotzdem erachtet er die von ihm skizzierte sehr leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden. Der Umstand, dass der Gutachter einen bariatrischen Eingriff als risikobehaftet ansieht, bedeutet denn auch nicht,

dass es dem Beschwerdeführer überhaupt nicht möglich wäre, sein Gewicht zu reduzieren. Konservative Massnahmen wie Diät und Bewegung können auch in seinem Fall zum gewünschten Erfolg führen, auch wenn sie hinsichtlich Bewegung aufgrund der Lungenproblematik nur in eingeschränktem Mass möglich sind. Dass der Gutachter solche Massnahmen als wenig erfolgversprechend ansieht, bedeutet aber nicht, dass sie unmöglich wären. Überdies kann auch nicht gesagt werden, dass die stetige Gewichtszunahme direkt und ausschliesslich in Zusammenhang mit der Lungenkrankheit steht. Vielmehr hat diese eine solche Entwicklung begünstigt, nicht aber hauptsächlich verursacht. Zu guter Letzt ändert auch die von Seiten des Beschwerdeführers als nicht berücksichtigt ins Feld geführte chronische arterielle Verschlusskrankheit an beiden Beinen nichts an der Beweiswertigkeit der Begutachtung von Dr. med. C.____. Zum einen ist eine solche nicht unberücksichtigt geblieben. Der Gutachter äussert im Rahmen der Diagnosestellung explizit einen Verdacht auf eine arterielle Verschlusskrankheit. Zum anderen lässt sich dem Austrittsbericht des J.____ vom 6. April 2016 (Beilage 7 zur Beschwerde vom 10. Mai 2016) entnehmen, dass die durchgeführte Thrombendarteriektomie und Femoralis-Bifurkation lediglich zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 17. April 2016 geführt hat. Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die beweiskräftigen Begutachtungen von Dr. med. C.____, zu Recht von einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen. Die angestammte Tätigkeit ist indessen nicht mehr zumutbar.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht

schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht einen Leistungsanspruch abgesprochen hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

5.1 In einem Bericht vom 2. Februar 2007 äusserte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Pneumologie und Innere Medizin, den Verdacht auf ein arbeitsplatzbezogenes Asthma bronchiale und eine hypertensive Herzkrankheit (IV-Nr. 14.3 S. 186 f.). Die Suva tätigte daraufhin ab dem 14. März 2007 Erhebungen am Arbeitsplatz des Beschwerdeführers. In diesem Zusammenhang wurden auch Lösemittel-Messungen durchgeführt, wobei eine hohe Belastung festgestellt wurde. In der Folge anerkannte die Suva gestützt auf eine Berichterstattung von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, vom 11. Februar 2008 (IV-Nr. 14.3 S. 142 ff.) eine mittelschwere bronchiale Hyperreagibilität als Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20; UVG [IV-Nr. 14.3 S. 136]).

5.2 In der Folge äusserte sich Dr. med. F.____ mehrfach über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Am 22. September 2010 berichtete er (IV-Nr. 14.3 S. 119 f.), der Verlauf sei aus pneumologischer Sicht zufriedenstellend. Der Beschwerdeführer sei froh, dass sein Arbeitsplatz von arbeitsmedizinischer Seite eine deutliche Verbesserung erfahren habe. Am 30. Mai 2012 gab er hingegen bekannt (IV-Nr. 14.3 S. 98), der Beschwerdeführer bitte um Kontaktaufnahme seitens der Suva. Offenbar hatte sich dieser wieder über

Probleme am Arbeitsplatz geäussert (IV-Nr. 14.3 S. 95). In einem Bericht vom 2. September 2012 (IV-Nr. 14.3 S. 78 ff.) führte Dr. med. F.____ aus, seit Anfang Juni 2012 seien dem Beschwerdeführer Tätigkeiten mit Vollgesichtsmaske wegen Atemnot und Anstrengungsintoleranz nicht mehr möglich. Der Sauerstoffverbrauch sei bezogen auf die Leistung deutlich eingeschränkt. Es komme praktisch nur noch eine sitzende und / oder körperlich leichte Tätigkeit in Frage. Das Tragen von Gasmasken und / oder Schutzanzügen sei nicht mehr zumutbar. Der Invaliditätsgrad betrage 50 - 75 %.

5.3 Nach einer Besprechung zwischen der Suva, dem Beschwerdeführer und dessen Arbeitgeber vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 14.3 S. 65 ff.) wurde beschlossen, dass der Beschwerdeführer in der Firma intern umplatziert werde, bei weiterhin gleichem Lohn. Eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung sei kein Thema. Dr. med. F.____ berichtete am 23. Juni 2013 (IV-Nr. 14.3 S. 50 f.), der Beschwerdeführer leide seit sechs Monaten vermehrt an einer Anstrengungsdyspnoe, dies bereits bei kleinsten Anstrengungen. Seit drei Wochen arbeite er hauptsächlich in der Speditionsabteilung. Die Kontakte zu atemwegs-irritierenden Substanzen seien deutlich reduziert bis eliminiert worden. Der Beschwerdeführer habe auch den Nikotinkonsum reduziert. An seiner Einschätzung bezüglich Invaliditätsgrad (50 - 75 %) hielt Dr. med. F.____ fest.

5.4 Gemäss einem Telefonat zwischen der zuständigen Person der Suva und der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers am 24. Januar 2014 (IV-Nr. 14.3 S. 45) habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den letzten Wochen merklich verschlechtert. Er könne keine volle Leistung mehr erbringen. Dr. med. F.____ berichtete am 10. März 2014 (IV-Nr. 14.3 S. 27 ff.), in der ersten Januarhälfte 2014 sei es zu einer akuten Rhinosinusitis gekommen, die vom Hausarzt antibiotisch behandelt worden sei. Der Beschwerdeführer hätte ab Februar 2014 im Betrieb Lösungsmitteldestillationen durchführen sollen, was mit einer Vollgesichtsmaske und Schutzanzug gemacht werden müsse. Diese Arbeiten seien aber aufgrund des Atemleidens nicht mehr möglich. Der geschätzte Invaliditätsgrad für die bisherige Tätigkeit betrage nach wie vor 50 - 75 %. Entgegen ihrer früheren Zusagen strebe die Arbeitgeberin nun eine IV-Anmeldung oder Suva-Rente an.

5.5 Gemäss Arztbericht von Dr. med. F.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 28. April 2014 (IV-Nr. 16) lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor:

Der Zustand sei sich verschlechternd und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Zur Arbeitsfähigkeit könnten die Ärzte der Suva präzise Angaben machen.

5.6 Der Hausarzt, Dr. med. H.____, erklärte am 20. Mai 2014 (IV-Nr. 18 S. 5), er habe den Beschwerdeführer aufgrund der Berichte von Dr. med. F.____ und subjektiver Beschwerden folgendermassen arbeitsunfähig geschrieben:

vom 29.04.-11.05.2014 zu 100 %,

ab 12.05.2014 zu 75 % bis auf weiteres.

5.7 Die Suva hatte bei Dr. med. C.____, Facharzt für Pneumologie, ein pneumologisches Gutachten initiiert, welches am 3. Oktober 2014 erstattet wurde (IV-Nr. 27 S. 2 ff.). Gemäss Dr. med. C.____ sind folgende Diagnosen zu stellen:

In seiner Beurteilung kommt der Gutachter zum Schluss, eine Sensibilisierung auf Isozyanate sei beim Beschwerdeführer seit 2007 dokumentiert. In seiner seit 1988 ausgeübten Tätigkeit sei er inhalativ gegenüber weiteren Stoffen exponiert gewesen, die bekannterweise Asthma induzieren und unterhalten könnten. Ab Sommer 2012 sei erstmals

eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung dokumentiert. Diese habe sich beim Beschwerdeführer mit einer vorher nicht vorhandenen Anstrengungsintoleranz manifestiert. Aus der Anamnese gehe hervor, dass er damals am Arbeitsplatz nach Ausziehen seiner Maske Ameisen- und Phosphorsäure-Dämpfe inhaliert habe. Ein eigentliches Inhalationstrauma sei in den Akten nicht dokumentiert. Die obstruktive Ventilationsstörung habe sich zwischen September 2010 und Juli 2012 zu einer irreversiblen obstruktiven Ventilationsstörung mittelschweren Grades entwickelt. Unter inhalativer Therapie habe sie sich in der Folge etwas verbessert, aber nicht zurückgebildet. Eine relevante asthmatische Komponente könne aus den vorliegenden Befunden nicht abgeleitet werden. Weiter lasse sich funktionell eine relevante Verbesserung nach Inhalation eines Bronchodilatators nachweisen. Der Beschwerdeführer habe auch nie den Arbeitsplatz wegen asthmatischen Attacken verlassen müssen. Notfallärztliche Interventionen seien nicht nötig gewesen. Damit liege definitionsgemäss eine COPD vor. Dieser zeitliche Verlauf sei für eine durch Inhalation von Zigarettenrauch induzierte Ätiologie äusserst atypisch. Es sei deshalb davon auszugehen, dass potenziell schädliche inhalative Expositionen am Arbeitsplatz für die Verursachung der jetzt vorhandenen Atemwegserkrankung eine entscheidende Rolle gespielt hätten. Da auf einem im Mai 2012 durchgeführten CT interstitielle Lungenveränderungen beschrieben worden seien, habe er unter dem Verdacht, dass beim adipösen Beschwerdeführer lediglich Minderbelüftungszone abgebildet worden seien, ein neues CT in Bauchlage veranlasst. Dieses bestätige seine Vermutung: In Bauchlage seien keine pathologischen Veränderungen des Lungenparenchyms sichtbar. Eine interstitielle Pneumopathie liege damit nicht vor. Obwohl er seit Mai 2013 einer Arbeit nachgehe, bei der er nicht mehr mit den Atemtrakt reizenden Stoffen in Kontakt komme, habe sich die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr verbessert. Ungünstig auf die Belastungstoleranz wirke sich eine Zunahme des Körpergewichts aus. Die Adipositas vermöge eine leichte Abnahme der statischen Lungenvolumina zu erklären, nicht aber die obstruktive Ventilationsstörung. Sie sei aber wesentlich mitverantwortlich für die Anstrengungsdyspnoe, die nicht allein durch die obstruktive Ventilationsstörung verursacht werde. Die bei einer Spiroergometrie vom 25. Juli 2012 festgestellte Einschränkung sei durch eine Dekonditionierung bei Adipositas bedingt. Ein wichtiger Grund für den ungünstigen Gewichtsverlauf könnte die Entwicklung der obstruktiven Ventilationsstörung sein, die den Beschwerdeführer veranlasst habe, sich weniger als früher zu belasten. Das fortgesetzte Rauchen sei für den weiteren Verlauf der COPD ungünstig. Der Schweregrad der obstruktiven Ventilationsstörung sei mittelschwer zu veranschlagen. Die sich daraus ableitbare medizinisch theoretische Invalidität bewege sich zwischen 25 und 30 %. Das Ausmass dieser fixierten lungenfunktionellen Einschränkung erkläre aber nicht die vom Beschwerdeführer geschilderte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit im Alltag und während der in der Zwischenzeit angepassten beruflichen Tätigkeit. Eine definitive Quantifizierung des Beitrags der Dekonditionierung sei derzeit nicht möglich. Die abdominal bedingte Adipositas erkläre die sekundäre Lipidstoffwechselstörung und den grenzwertig erhöhten Blutzucker. Die Adipositas spiele eine wesentliche Rolle für die Dekonditionierung. Sie sei nicht direkt berufsbedingt. Allerdings sei es wahrscheinlich, dass die COPD-bedingte Einschränkung der Belastbarkeit zur Gewichtszunahme beigetragen habe. Im angestammten Beruf als Autolackierer sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Er sei noch in der Lage, leichte körperliche Arbeiten, bei denen es zu keinen inhalativen Expositionen gegenüber potenziell die Atemwege schädigende Stoffen komme, zu 100 % ganztags auszuüben. Dies falls es gelinge, die durch Adipositas

mitbedingte Dekonditionierung zu verbessern.

5.8 In seinem Bericht vom 29. Januar 2015 (IV-Nr. 39 S. 3 f.) führte Dr. med. F.____ aus, die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe gegenüber dem Gutachten von Dr. med. C.____ signifikant abgenommen. Er könne die Durchführung einer stationären pulmonalen Rehabilitation nur unterstützen. Eine solche wurde in der Folge veranlasst. Gemäss Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 7. Mai 2015 (IV-Nr. 46), in welcher der Beschwerdeführer vom 7. bis 24. April 2015 hospitalisiert war, sind folgende Diagnosen zu stellen:

Im Rahmen der Beurteilung wurden angegeben, lungenfunktionell habe eine mittelschwere, signifikant teilreversible obstruktive Ventilationsstörung vorgelegen, welche die Symptomatik des Beschwerdeführers alleine kaum erklären könne. Bei Verdacht auf eine obstruktive schlafbezogene Atemstörung sei eine respiratorische Polygraphie durchgeführt worden, die einen schweren Befund ergeben habe. In der Folge sei eine APAP-Therapie erfolgreich adaptiert worden. Im B.____ sei einmalig ein fragliches Vorhofflimmern festgestellt worden, welches jedoch während der Hospitalisation im Spital [...] nicht mehr zu dokumentieren gewesen sei. Echokardiographisch habe sich eine normale LVEF gezeigt, allerdings seien eine diastolische Dysfunktion und eine Dilatation des rechten Ventrikels gegeben. In dieser Hinsicht sei ein Erfolg der APAP-Therapie in Bezug auf die schwere schlafbezogene Atemstörung noch abzuwarten. Der Beschwerdeführer habe am 24. April 2015 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

5.9 In seinem Arztbericht vom 25. August 2015 (IV-Nr. 54) diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, Folgendes:

Dr. med. E.____ ging von einer Arbeitsunfähigkeit 100 % als «Mitarbeiter» aus. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Das bisherige Arbeitspensum von 2.5 Stunden sei aus rein kardialer Sicht zu verantworten. Der Beschwerdeführer könne in langsamem Tempo jeden Tag zwei Stunden lang körperlich leichte Arbeit verrichten. Anschliessend sei er aber erschöpft. Die bisherige Tätigkeit sei zumutbar, dies an 2.5 Stunden pro Tag. Andere Tätigkeiten seien nicht zumutbar.

5.10 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Verlaufsgutachten von Dr. med. C.____ vom 2. November 2015 (IV-Nr. 56) wurden folgende Diagnosen festgehalten:

Dr. med. C.____ kam in seiner Beurteilung zu den gleichen Schlussfolgerungen wie in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2014. Zum weiteren Verlauf führt er aus, eine weitere wesentliche ursächliche Komponente für die Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit sei die hypertensive Herzkrankheit. Sie gehe ■ gemäss echokardiographischer Untersuchung in der Klinik D.____ 2015 ■ mit einer diastolischen Funktionsstörung des linken Ventrikels einher. Zudem sei zwischenzeitlich ein intermittierendes Vorhofflimmern dokumentiert worden. Es sei möglich, dass die anlässlich der Polygraphie im April 2015 dokumentierte intermittierende periodische Atmung auf diese kardiale Störung zurückzuführen sei. Der Blutdruck des Beschwerdeführers sei trotz antihypertensiver Behandlung immer noch zu hoch. Das schon früher vermutete obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, dessen wesentlicher Risikofaktor die Adipositas bilde, sei anlässlich des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik D.____ polygraphisch bestätigt und als schwer einzustufen. Die vom Beschwerdeführer zuverlässig durchgeführte CPAP-Therapie habe die Vigilanz deutlich verbessert und zu einer Verbesserung des nächtlichen Atemmusters sowie der nächtlichen Sauerstoffsättigung geführt.

Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit blieb in der Folge die gleiche wie anlässlich der Begutachtung vom 3. Oktober 2014: Die aus der mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung ableitbare medizinisch-theoretische Invalidität bewege sich zwischen 25 und 30 %. Das Ausmass dieser fixierten lungenfunktionellen Einschränkung erkläre aber nicht die vom Beschwerdeführer geschilderte Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit im Alltag sowie die belastungsmässig und zeitlich reduzierte berufliche Tätigkeit. Dem Beschwerdeführer sei nur noch eine leichte körperliche Arbeit zumutbar, diese aber ganztags und während der ganzen Woche. Bis Februar 2014 habe der Beschwerdeführer 100 % ganztags gearbeitet. Seit März 2014 arbeite er in einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit nur noch vormittags von 07.30 bis 12.00 Uhr, dies an lediglich vier Wochentagen. Im angestammten Beruf sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Ihm wäre eine Arbeit, die mit keiner oder einer sehr geringen körperlichen Belastung einhergehe (sitzend oder sitzend bis intermittierend stehend, ohne Heben oder Tragen von Gewichten über ca. 5 kg) ganztags und an allen Wochentagen zumutbar.

Seit er den Beschwerdeführer im August 2014 für die Suva begutachtet habe, führt Dr. med. C.____ aus, habe die körperliche Belastbarkeit weiter abgenommen. Im August 2014 sei er der Meinung gewesen, dass dieser eine leichte körperliche Arbeit, bei der es zu keinen inhalativen Expositionen gegenüber potenziell die Atemwege schädigenden Stoffen komme, ausführen könnte. Dies unter der Voraussetzung, dass es ihm gelingen würde, an Gewicht abzunehmen und im Rahmen der ambulanten Rehabilitation seine Kondition zu verbessern. Dies sei aber nicht möglich gewesen. Das Gewicht habe sogar zugenommen. Die Belastbarkeit des Beschwerdeführers bleibe massiv eingeschränkt. In der Zwischenzeit seien zudem eine diastolische Funktionsstörung und ein intermittierendes Vorhofflimmern diagnostiziert worden. Die gesundheitliche Situation habe sich seit seiner Untersuchung im August demnach verschlechtert.

Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigte Dr. med. C.____ im Rahmen einer Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 64) noch einmal. Die Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands seit August 2014 sei multifaktoriell bedingt (Lunge, kardial, Adipositas). Sie werde in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchaus berücksichtigt. Aus dieser ungünstigen Entwicklung resultiere aber nicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er halte an seiner Beurteilung fest, dass dem Beschwerdeführer eine Arbeit, die mit keiner oder einer nur sehr geringen körperlichen Belastung einhergehe, ganztags und an allen Wochentagen zumutbar sei.

5.11 Dr. med. I.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte am 4. Dezember 2015 (IV-Nr. 62) aus, eine Verschlechterung in klinischer Hinsicht müsse nicht bedeuten, dass die vom Gutachter formulierte, sehr leichte Tätigkeit nicht mehr zu 100 % zumutbar sein solle. Zu den kardialen Diagnosen sei zu sagen, dass die hypertensive Herzkrankheit eine sehr leichte Tätigkeit sehr wohl zulasse. Das Vorhofflimmern trete offenbar nur intermittierend auf. Eine Gewichtsabnahme würde die Belastbarkeit sowohl in kardialer als auch in pulmonaler Hinsicht verbessern. Hier sei die Schadenminderungspflicht anzusprechen, was auch für den Nikotinkonsum gelte. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage seit Sommer 2012 0 %. Eine Verweistätigkeit sei durchgehend zu 100 % zumutbar.

6. Die angefochtene Verfügung wird vorwiegend auf das Gutachten von Dr. med. C.____ vom 3. Oktober 2014 und dessen Verlaufsbeurteilung vom 2. November 2015 abgestützt. Es ist demnach der Beweiswert dieser Gutachten zu prüfen. In diesem

Zusammenhang kann zunächst festgehalten werden, dass diese in Kenntnis der Aktenlage erstellt wurden, wie die darin vorgenommene Aktenanalyse zeigt. Die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers werden wiedergegeben und es werden eigene, eingehende Befunde erhoben. Der Gutachter ist Facharzt auf dem Gebiet der Pneumologie. Die von Dr. med. C.____ gestellten Diagnosen sind im Hinblick auf die Anamnese und die Befunderhebungen nachvollziehbar hergeleitet und entsprechen auch den in sämtlichen anderen vorhandenen Berichten erhobenen Diagnosen. In Bezug auf diese wird der Beweiswert der Gutachten denn auch nicht moniert. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen beziehen sich im Wesentlichen auf die Beurteilung der aus der Gesundheitsschädigung resultierenden Arbeitsunfähigkeit. Dem Argument, der Gutachter habe nicht berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer seit seiner Anmeldung zum Leistungsbezug nachgewiesenermassen lediglich zwischen 0 und 25 % leistungsfähig bzw. nicht arbeitsfähig gewesen sei, ist jedoch zu widersprechen. Die in den Akten dokumentierte eingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit bezog sich stets auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers, zumal er ja weiterhin bei seiner bisherigen Arbeitgeberin angestellt war. Nachdem der Gutachter zum Schluss kommt, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, entspricht dies der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendung, er habe im März 2014 nur noch eine Leistung von 10 - 20 % erbracht, was der Hausarzt ab dem 29. April 2014 bestätigt habe, indem er eine Arbeitsfähigkeit von noch 25 % attestiert habe. Dr. med. C.____ kommt demnach ebenfalls zum Schluss, dass in der ursprünglichen Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit besteht.

Im Verlaufsgutachten werden sämtliche Entwicklungen seit der ersten Begutachtung vom 3. Oktober 2014 berücksichtigt, insbesondere die Erkenntnisse aus dem stationären Aufenthalt in der Klinik D.____. Dr. med. C.____ äussert sich auch zur kardialen Problematik und hat diese nicht aussen vor gelassen. Insofern kann nicht behauptet werden, seine Beurteilung stütze sich ausschliesslich auf die Lungenproblematik. Ebenso wenig stösst der Bericht von Dr. med. E.____ vom 25. August 2015 die gutachterliche Einschätzung um. Die vom behandelnden Kardiologen gestellten Diagnosen werden im Gutachten ebenfalls genannt. Eine widersprechende Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit lässt sich ebenfalls nicht finden. Dr. med. E.____ geht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als «Mitarbeiter» aus. Daraus lässt sich nun aber nicht ableiten, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sein soll. Vielmehr bezieht sich die Aussage von Dr. med. D.____ auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers. Indem er angibt, die zum Berichtszeitpunkt aktuell geleistete Arbeit von 2.5 Stunden täglich (in der angestammten Tätigkeit) sei aus kardiologischer Sicht verantwortbar, schätzt er die Arbeitsfähigkeit sogar noch höher ein als Dr. med. C.____, der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit postuliert. Schliesslich kann auch nicht gesagt werden, dass sich Dr. med. C.____ selber widerspreche, wenn er von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung am 3. Oktober 2014 ausgehe, die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aber immer noch gleich hoch einschätze. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliesst nicht aus, dass in einer angepassten, sehr leichten Tätigkeit nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Ausserdem ist es nicht so, dass der Gutachter vom identischen Tätigkeitsprofil ausgeht wie noch im Gutachten vom 3. Oktober 2014. Im Rahmen der Erstbegutachtung hielt er eine leichte körperliche Arbeit ohne inhalative Exposition gegenüber die Atemwege schädigenden Stoffen ganztätig zu 100 % für zumutbar. Im Verlaufsgutachten beschreibt er das Tätigkeitsprofil konkret als Arbeit, die mit keiner oder einer sehr geringen körperlichen

Belastung einhergehe, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg. Es handelt sich dabei eher um eine sehr leichte als um eine leichte Tätigkeit. Eine solche erachtet er nachvollziehbar als weiterhin zumutbar, obwohl es dem Beschwerdeführer nicht gelungen ist, sein Gewicht zu reduzieren. Dem Gutachter war dieser Umstand bekannt, so hat er doch selber darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer trotz der im Rahmen der Begutachtung vom 3. Oktober 2014 erwähnten Dringlichkeit abzunehmen, noch weiter zugenommen hat. Trotzdem erachtet er die von ihm skizzierte sehr leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Diese Einschätzung ist nicht zu beanstanden.

Der Umstand, dass der Gutachter einen bariatrischen Eingriff als risikobehaftet ansieht, bedeutet denn auch nicht, dass es dem Beschwerdeführer überhaupt nicht möglich wäre, sein Gewicht zu reduzieren. Konservative Massnahmen wie Diät und Bewegung können auch in seinem Fall zum gewünschten Erfolg führen, auch wenn sie hinsichtlich Bewegung aufgrund der Lungenproblematik nur in eingeschränktem Mass möglich sind. Dass der Gutachter solche Massnahmen als wenig erfolgversprechend ansieht, bedeutet aber nicht, dass sie unmöglich wären. Überdies kann auch nicht gesagt werden, dass die stetige Gewichtszunahme direkt und ausschliesslich in Zusammenhang mit der Lungenkrankheit steht. Vielmehr hat diese eine solche Entwicklung begünstigt, nicht aber hauptsächlich verursacht. Zu guter Letzt ändert auch die von Seiten des Beschwerdeführers als nicht berücksichtigt ins Feld geführte chronische arterielle Verschlusskrankheit an beiden Beinen nichts an der Beweiswertigkeit der Begutachtung von Dr. med. C.____. Zum einen ist eine solche nicht unberücksichtigt geblieben. Der Gutachter äussert im Rahmen der Diagnosestellung explizit einen Verdacht auf eine arterielle Verschlusskrankheit. Zum anderen lässt sich dem Austrittsbericht des J.____ vom 6. April 2016 (Beilage 7 zur Beschwerde vom 10. Mai 2016) entnehmen, dass die durchgeführte Thrombendarteriektomie und Femoralis-Bifurkation lediglich zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 17. April 2016 geführt hat.

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die beweiskräftigen Begutachtungen von Dr. med. C.____, zu Recht von einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen. Die angestammte Tätigkeit ist indessen nicht mehr zumutbar.

E. 7

7.1 Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist bezüglich des Valideneinkommens unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat den Arbeitgeberbericht der B.____ vom 24. April 2014, bei welcher der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug angestellt war, herangezogen (IV-Nr. 13). Demgemäss betrug das Jahreseinkommen im Jahr 2014 CHF 82'199.00 (inkl. 13. Monatslohn). Dieser Betrag entspricht dem Valideneinkommen.

7.2 Da der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die zahlenmässige Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, die betriebsüblichen Wochenstunden aufgerechnet und eine Anpassung an die Teuerung vorgenommen. Der gewählte Tabellenlohn (2012 TA1_tirage_skill_level / Total Niveau 1 Männer, CHF 5'210.00) scheint im Lichte des Zumutbarkeitsprofils korrekt, denn der Beschwerdeführer kann nur noch ausgesprochen leichte Arbeiten verrichten. Das Invalideneinkommen betrüge bei einem 100 %-Pensum damit CHF 62'520.00. Zuzüglich

Aufrechnung der betriebsüblichen Wochenstunden (: 40 x und 41.7) und unter Berücksichtigung der Teuerung 2012 - 2014 (: 101.8 x 103.3) beträgt es vorliegend CHF 66'138.00. Dass die Beschwerdegegnerin den zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aktuellsten, vom Bundesamt für Statistik erhobenen Tabellenlohn herangezogen hat, ist nicht zu beanstanden. Das Bundesgericht bejaht die Anwendbarkeit der LSE 2012 (BGE 142 V 178 E. 2.5 S. 183 ff.).

8. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen.

8.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4).

8.2 Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

8.3 Der Beschwerdeführer ist in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig. Er kann nur noch Arbeiten ausführen, die mit gar keiner oder nur einer sehr geringen körperlichen Belastung einhergehen (kein Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg). Der von der Beschwerdegegnerin aufgrund dessen vorgenommene Abzug von 15 % erweist sich nicht als derart unangemessen, dass in ihr Ermessen eingegriffen werden müsste. Das zumutbare Tätigkeitsprofil im tiefsten Anforderungsniveau setzt keine berufliche Ausbildung voraus und das Alter ist nicht zu berücksichtigen, da Arbeiten, wie sie dem Beschwerdeführer noch zumutbar sind, auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich unabhängig nachgefragt werden, weshalb sich das Alter im hier relevanten Anforderungsniveau nicht lohnmindernd auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4 mit Hinweisen). Eine Abwesenheit vom Arbeitsmarkt hat der Beschwerdeführer nicht zu verzeichnen. Mit einem leidensbedingten Abzug von 15 % errechnet sich ein Invalideneinkommen von CHF 56'217.00.

9. Nach dem Gesagten ergibt sich folgender Einkommensvergleich:

Valideneinkommen: CHF 82'199.00

Invalideneinkommen: CHF 56'217.00

Invaliditätsgrad: 32 %

Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liegt, hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

10. Schliesslich bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat, weil sein Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führt, dass die verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist.

Bei der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist auf den Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Im vorliegenden Fall wurde am 3. Oktober 2014 ein Gutachten und am 2. November 2015 ein Verlaufsgutachten erstattet. Ab diesem Zeitpunkt erlaubten die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung. Der Beschwerdeführer war zu diesem Zeitpunkt 57 bzw. 58 Jahre alt. Allein aufgrund des Alters kann die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit indessen nicht ausgeschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat etwa einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden, und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil I 376/05 vom 5. August 2005 insbesondere E. 4.2). Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ebenso beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2).

Beim Beschwerdeführer verblieb im Zeitpunkt der Begutachtungen eine Aktivitätsdauer von 8 bzw. 7 Jahren. Er ist in einer geeigneten Verweistätigkeit voll arbeitsfähig. Er war fast 30 Jahre lang beim gleichen Arbeitgeber tätig, hat dort aber insbesondere nach Auftreten der gesundheitlichen Probleme verschiedene Arbeiten ausgeführt, so auch in der Spedition. Das aus den medizinischen Unterlagen abzuleitende Zumutbarkeitsprofil lässt zwar nur sehr leichte Tätigkeiten zu. Trotzdem ist eine Vielzahl Arbeiten vorstellbar, die keine spezifische Ausbildung und auch keine speziell lange Einarbeitungszeit erfordern. Die verbleibende Aktivitätsdauer ist länger als in den vorstehend erwähnten Fällen. Demnach kann nicht gesagt werden, dass die verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird. Vielmehr ist deren Verwertung zumutbar. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen.

11. Der Beschwerdeführer lässt beantragen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Hierzu ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihm solche nicht abgesprochen hat. In der angefochtenen Verfügung wird ausdrücklich festgehalten, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf Massnahmen zur beruflichen Eingliederung habe, sofern er sich arbeitsfähig fühle und bereit sei, eine solche Massnahme anzutreten.

12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_396/2017 vom 3. Oktober 2017 teilweise aufgehoben.

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