

SO_GERICHTE VSBES.2017.308 vom 24. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.308

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.308 du 24 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.308 del 24 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2017, was den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert.

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109; 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier 24. Oktober 2017 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs im Rahmen der Anmeldung von Mai 2015 die ab 1. Januar 2015 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.4 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassen sowie eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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, Art. 28a Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) 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. 3

3.1 Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], verfasste am 21. Februar 2016 für die SWICA Gesundheitsorganisation, [...], ein psychiatrisches Gutachten zu einem bidisziplinären Gutachten (IV-Nr. 32, S. 2 ff.). 3.2 Ebenfalls auf Veranlassung der SWICA Gesundheitsorganisation, [...], erstattete Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...], [...], am 21. April 2016 ein Gutachten als Teil des bidisziplinären Gutachtens (IV-Nr. 32, S. 28 ff.).

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue

wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die

Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Am 16. August 2010 diagnostizierte Dr. med. O.____, Facharzt für Herzkrankheiten, [...], eine koronare 1-Gefässerkrankung, einen Sinusrhythmus, ein Impingement beider Hüften sowie eine Adipositas (BMI 30,8 kg/m²). Die aktuelle klinische und ergometrische Kontrolle habe beim Patienten einen weiterhin günstigen Verlauf ergeben. Im Alltag sei er beschwerdefrei (IV-Nr. 18, S. 21 ff.).

5.2 Dr. P.____, Chiropraktor, [...], hielt in seiner Beurteilung vom 19. April 2011 fest, dass es sich bei relativ freier Beweglichkeit der LWS und deutlich blockiertem ISG links sowie fehlenden Hinweisen für eine radikuläre Problematik um ein linksseitiges ISG-Syndrom handle. Die Ausstrahlungsschmerzen ins linke Bein seien pseudoradikulärer Art. Die chiropraktische Behandlung sei indiziert gewesen und mit gutem Erfolg durchgeführt worden. Der Patient sei vom 16. bis 25. Februar 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Am 10. März 2011 habe die Behandlung mit Beschwerdefreiheit und zur Zufriedenheit des Patienten abgeschlossen werden können (IV-Nr. 18, S. 20).

5.3 Am 6. November 2013 führte Dr. med. Q.____, FMH Radiologie, [...], beim Beschwerdeführer eine MRT der HWS durch. Im Rahmen seiner Beurteilung stellte er Folgendes fest: «Aktivierte erosive Osteochondrose im Segment C6/C7 mit hochgradiger foraminaler Stenose C7 rechts, moderat C7 links infolge Unkovertebralarthrose, Spondylarthropathie und foraminal ausladender Diskusprotrusion, möglicherweise verantwortlich für die klinische Symptomatik. Leichte erosive aktivierte Osteochondrose des Segmentes C3/C4, Chondrose der Segmente C5/C6 mit leichterer foraminaler Stenose C6 links infolge Unkovertebralarthrose.» (IV-Nr. 18, S. 19).

5.4 Die Ärzte der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie am [...]spital in [...], Dr. med. R.____, Fachärztin, und PD Dr. med. S.____, Leitender Arzt Schmerztherapie, diagnostizierten am 18. Mai 2015 chronische Brachialgien beidseits, aktuell linksbetont () sowie eine subakute Epicondylitis humeri radiales und ulnares links (Aktenanamnese). Als Nebendiagnosen führten sie «KHK, Coxarthrose beidseits, Adipositas» an. Zusammenfassend hätten sie einen Patienten mit linksbetonten Brachialgien gesehen, die von Dr. med. T.____ mit lokalen Infiltrationen behandelt würden, wovon der Patient sehr profitiere. Aktuell sei von einer muskuloskelettalen Genese der Schmerzen auszugehen. Sowohl klinisch als auch bildgebend fehlten Hinweise auf eine radikuläre Genese (IV-Nr. 18, S. 17 f.).

5.5 Anlässlich eines Erstgesprächs im Behandlungszentrum für Psychosomatik vom 9. Juli 2015 diagnostizierte Dr. med. U.____, E.____, eine mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F 32.1), einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1). Nach der Besichtigung der Station habe sich der Patient am hiesigen Behandlungsansatz interessiert gezeigt. Er plane einen familiären Ferientaufenthalt von Ende Monat bis Mitte/Ende August. Der Patient habe jedoch die

Möglichkeit, sich wieder melden, damit ein Eintritt terminiert werden könne (IV-Nr. 18, S. 16).

5.6

5.6.1 Dr. med. T.____, Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum der V.____, [...]spital [...] ([...]), diagnostizierte beim Beschwerdeführer im Rahmen einer ambulanten Sprechstunde vom 20. Juli 2015 ein subakromiales Impingement links (), eine Epicondylitis humeri radialis links (), eine psychosoziale Belastungssituation (), ein radikuläres Reizsyndrom C7 rechts (), eine koronare Herzkrankheit () sowie einen Nikotinabusus (). Beim Prozedere erwähnte er u.a. eine eventuelle Steigerung des Arbeitspensums auf 50 % nach dem Ferienaufenthalt bis 25. August 2015, eine stationäre psychosomatische Behandlung am Kantonsspital [...] sowie die Evaluation einer Fazettengelenksinfiltration LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 links im Falle von anhaltenden Beschwerden (IV-Nr. 15, S. 2 ff.).

5.6.2 Die vorstehenden Diagnosen wiederholte Dr. med. T.____ in seinem Bericht vom 22. September 2015. Im Weiteren hielt er fest, aufgrund der subjektiv deutlich reduzierten mentalen und körperlichen Leistungsfähigkeit einen Synacthen-Test (Test zur Diagnostik einer Nebennierenrindeninsuffizienz) im Hause veranlasst zu haben, der normal verlaufen sei; somit sei diese sehr wahrscheinlich durch eine formal mittelschwere depressive Episode bedingt, die eine Steigerung des Arbeitspensums von aktuell 30 % in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter der [...] (recte wohl: C.____) verunmögliche. Er habe deshalb mit dem Patienten aktuell eine 100%ige Krankschreibung und den Beginn einer stationären psychosomatischen Behandlung am [...]spital [...] vereinbart (IV-Nr. 18, S. 12 ff.).

5.7 Vom 15. September bis 12. November 2015 befand sich der Beschwerdeführer in den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der E.____, [...], in stationärer Behandlung. Im Bericht vom 12. November 2015 diagnostizierten Dr. med. U.____ und W.____ nach ICD-10 eine mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Der Aufenthalt habe leider nur eine geringe Rückbildung der Schmerzproblematik gebracht. Der Patient habe seine psychische Flexibilität nur bedingt steigern können. Im Mittelpunkt sei zuletzt eine Schlafproblematik gestanden (IV-Nr. 16).

5.8 Dr. med. X.____ stellte am 24. November 2015 die Diagnose einer Brachialgie rechts (). Bei nun persistierender rechtsseitiger Brachialgie und erfolgloser Steroid-Infiltration könne hier eine Operation in Betracht gezogen werden. Für den Patienten komme allerdings ein operatives Vorgehen noch nicht in Frage (IV-Nr. 18, S. 10 f.).

5.9 Am 8. Dezember 2015 reichte med. prakt. D.____ der Beschwerdegegnerin den gewünschten Arztbericht ein. Er diagnostizierte beim Beschwerdeführer ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine mittelschwere depressive Episode, einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein subakromiales Impingement linke Schulter sowie ein radikuläres Reizsyndrom C7 rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. D.____ eine koronare Herzkrankheit sowie einen persistierenden, seit Jahren bestehenden Nikotinabusus an. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arbeiter verwies er auf die Beilage; darin attestierte er dem Beschwerdeführer zuletzt eine Arbeitsunfähigkeit von

100 % vom 12. bis 24. Februar 2015. Andere Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär. Im Weiteren führte er aus, dass sich der Beschwerdeführer seit vielen Jahren in seiner hausärztlichen Behandlung befinde. In den letzten Monaten hätten die verschiedenen Schmerzen am Bewegungsapparat massiv zugenommen. Gleichzeitig hätten sich Symptome einer depressiven Episode gezeigt. Er habe den Patienten daher zur weiteren Therapie der komplexen Beschwerden an die Rehabilitations- und Rheumaklinik im [...]spital [...] überwiesen. Ein Bericht liege ihm bis dato leider nicht vor. Aktuell habe er den Patienten an den kardiologischen Kollegen Dr. med. O. ___ zur kardiologischen Reevaluation bei bestehender KHK überwiesen. Das Ergebnis hierzu bleibe abzuwarten. Eine weitere psychiatrische Mitbetreuung des Patienten sei dringend erforderlich. Die Arbeitsunfähigkeit werde aktuell aus psychischen Gründen mit 100 % angenommen, aus somatischen Gründen mit etwa 70 %. Die weitere Entwicklung bleibe abzuwarten (IV-Nr. 18, S. 5 ff.).

5.10 Dr. med. O. ___ kam in seiner Beurteilung vom 23. Dezember 2015 zuhause des Hausarztes des Beschwerdeführers zum Schluss, dass die kardiologische Reevaluation keine suggestiven Hinweise auf eine relevante oder kritische Progression der koronaren 1-Gefässerkrankung ergebe. Eine zusätzliche Koronardiagnostik erachte er, Dr. med. O. ___, im Moment nicht für notwendig. Die bereits mehrheitlich wahrgenommenen präventiven Massnahmen seien selbstverständlich fortzuführen und z.T. noch etwas zu optimieren. Die vom Patienten beschriebenen wiederholten thorakalen Missempfindungen seien in ihrem Charakter, ihrer Art und ihrem Auftreten in emotionalen Stresssituationen atypisch. Er, Dr. med. O. ___, schlage ein konservatives Vorgehen, (), eine Gewichtskontrolle, ein regelmässiges Ausdauertraining sowie eine kardiologische Kontrolle bei Bedarf und auf Neuanmeldung vor (IV-Nr. 40.2, S. 4 ff.).

5.11 Die Ärzte der E. ___, Dres. med. U. ___ und W. ___, stellten in ihrem Bericht vom 14. Januar 2016 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit):

Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. September bis 12. November 2015 und bezeichneten seinen Gesundheitszustand als besserungsfähig. Im Rahmen der therapeutischen Massnahmen und der Prognose führten sie aus, dass er im Behandlungszentrum für Psychosomatik und da in ein milieutherapeutisches Therapieprogramm aufgenommen worden sei; dieses beinhalte Pharmako-, Bewegungs- und Kunsttherapie sowie Sozialberatung. Psychotherapeutisch werde schwerpunktmässig in regelmässigen Einzel- wie auch Gruppentherapien mit Methoden der Akzeptanz- und Commitment-Therapie, der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion und grundsätzlicher Psychoedukation gearbeitet. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei eine abschliessende Prognose zum Krankheitsverlauf nicht möglich. Wünschenswert wäre jedoch eine weitere Abklärung der Belastungsfähigkeit, z.B. in einer geeigneten beruflichen Massnahme. Zu hoffen bleibe, dass die Akzeptanz von Schmerzen zunehmen könne bzw. diese gegebenenfalls auch in den Lebensentwurf einzubinden und nicht nur dagegen zu kämpfen (IV-Nr. 19).

5.12 Dr. med. K. ___, [...], führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 21. Februar 2016 zuhause der SWICA im Wesentlichen Folgendes aus (IV-Nr. 32, S. 2 ff.): Beim Beschwerdeführer lasse sich gegenwärtig lediglich eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) belegen. Darüber hinaus stünden chronische Schmerzen, die im orthopädischen Gutachten bewertet würden. Der Beschwerdeführer habe ausserdem angegeben, es gäbe ganz

erhebliche Probleme am Arbeitsplatz, die seine Arbeitsfähigkeit und vor allen Dingen seine Stimmung beeinträchtigten. Insofern seien hier psychosoziale Faktoren vorhanden, die die Symptomatik beeinflussten. Es lasse sich darüber hinaus eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden nachweisen. Die Diagnose der Dysthymia beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht in nennenswertem Umfang. Aus psychiatrischer Sicht könne ein volles 100 %-Pensum geleistet werden (IV-Nr. 32, S. 19 ff.).

5.13 Der Leiter des Schlaflabors ISZ, Dr. med. Y.____, V.____ AG, [...], gab im Rahmen seiner Beurteilung vom 1. März 2016 an, dass sich einerseits eine mittelschwere, lageabhängige Schlafapnoe bestätigt habe, die zwar zu häufigen, glücklicherweise jedoch nicht sehr schwergradigen Desaturationen führe, hingegen zu einer ausgeprägten Fragmentierung des Nachtschlafs mit entsprechender Verminderung der Schlafqualität. Das Schlafapnoe-Syndrom sei nicht zuletzt auch aufgrund des vaskulären Risikoprofils sowie der Tatsache, dass es in der Nacht zu keinem ausreichenden Absinken des Blutdrucks komme, gegeben. Als Zweites bestätige sich das Restless-Legs-Syndrom, das als schwergradig eingestuft werden müsse und durch ausgeprägte periodische Beinbewegungen im Schlaf begleitet werde; auch dieses trage wesentlich zur Ein- und Durchschlaf-Insomnie bei. Daneben trage natürlich auch die Depression zur Insomnie bei, und dies trotz ausgebauter sedierender Medikation (IV-Nr. 40.2, S. 1 ff.).

5.14 Im Bericht vom 7. April 2016 stellten Dres. med. J.____ und Z.____, Innere Medizin/Pneumologie, V.____ AG, [...], fest, dass der nicht mehr erholsame Schlaf des Patienten aus der Schlafapnoe, dem Restless-Syndrom und der Insomnie/depressiven Episode resultiere. Sie hätten ihn mit einem Auto-CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)-Therapiegerät versorgt (IV-Nr. 40.2, S. 9 ff.).

5.15 Dr. med. L.____, [...], stellte in seinem orthopädischen Gutachten vom 21. April 2016 für die SWICA in orthopädischer Hinsicht folgende Diagnosen (IV-Nr. 32, S. 28 ff.):

1. beidseitige Cervicobrachialgien ohne sicheren Nachweis von wirbelsäulenbezogenen neurologischen Defiziten im Bereich der Arme bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen und groborientierend neurologischen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen der HWS mit Betonung des Segmentes C6/7
2. persistierende Lumbalgien mit Angabe eines Taubheitsgefühls des rechten Oberschenkels bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen und groborientierend neurologischen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen mit Betonung des Segments L5/S1 sowie des thoracolumbalen Übergangs
3. beidseitige Hüftgelenksschmerzen mit einer Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen im Bereich des linken Hüftgelenks
4. Adipositas (BMI zirka 31■8 kg/m²)

Zusammenfassend führte der Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht, insbesondere bezüglich des Arbeitspensums, beeinträchtigt sei (dies aufgrund eines nachvollziehbar erhöhten Pausenbedarfs), weniger hinsichtlich der Arbeitsleistung, da ihm die im konkret vorkommenden Beruf beschriebenen Tätigkeiten in orthopädischer Hinsicht

zugemutet werden könnten. Er schätze, dass der Beschwerdeführer in seiner (fast ausschliesslich stehenden) beruflichen Tätigkeit als Mitarbeiter Finish hinsichtlich des Arbeitspensums zu 30 % eingeschränkt sei, und dies seit etwa August 2015. Leichte bis mittelschwere Arbeiten, die im Wechselrhythmus zwischen Gehen, Stehen und/oder Sitzen erfolgen könnten, und bei denen die vorstehend beschriebenen Beeinträchtigungen berücksichtigt würden, könne der Beschwerdeführer noch mit einem vollen Pensum verrichten (IV-Nr. 32, S. 57 ff.).

5.16 Aufgrund des IV-Dossiers, der eigenen Untersuchungen und der Schlussfolgerungen des interdisziplinären Konsensus gelangten die F.____-Gutachter am 30. Mai 2016 zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 40.1, S. 26 ff.):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- radiomorphologisch (MRT HWS 28.4.2015): erosive Osteochondrose HWK 6/7 mit breitbasigen Diskusbulging und foraminaler Tangierung der Nervenwurzel C7 beidseits links mehr als rechts ohne Hinweise auf eine Myelopathie
- Status nach erfolgreicher Steroidinfiltration C7 rechts am 10.12.2013; Status nach erfolgloser Steroidinfiltration C6/7 rechts am 25.11.2014
- klinisch-rheumatologisch keine eindeutigen sensomotorischen Defizite an den oberen Extremitäten objektivierbar
- ohne radikuläre Beteiligung

2. diskretes subakromiales Impingement Syndrom links (ICD-10 M75.4)

- aktenanamnestisch gemäss Röntgen linke Schulter vom 17.4.2015 sowie Ultraschall linke Schulter am 21.4.2015 Verkalkungen in Projektion auf die Supraspinatussehne mit vermehrter Flüssigkeit in der Bursa subakromialis und Status nach vorübergehend gutem Effekt auf eine subakromiale Mischinfiltration April 2015

3. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)

- diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform (diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung)
- radiomorphologisch (RX LWS 25.4.2016): diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung, insgesamt normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper lumbal bis in den thorakolumbalen Übergang; Erniedrigung der Bandscheibenhöhe zwischen LWK5/SWK1 im Sinne einer dorsalbetonten Osteochondrose; gut erhaltene Bandscheibenhöhen zwischen LWK2 bis 5, Chondrose LWK1/2, Th12/L1, deutliche Spondylarthrosen ab L4 nach distal zunehmend
- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen
- klinisch keine sensomotorischen Defizite an den unteren Extremitäten objektivierbar

4. bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrose (ICD-10 M16.0)

- radiomorphologisch Beckenröntgen vom 25.4.2016: diskreter Beckentiefstand rechts, unauffällige Darstellung der SIG sowie der Symphyse; beidseits linksbetont leichte Verschmälerung des Gelenkspaltes femoro-azetabulär zentral, deutlich betonte Sklerosierung des Acetabulumdaches links mehr als rechts, beidseits leichte Endrundung

des Femurkopfes

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Dysthymie (ICD10 F34.1)
2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I25.9)
 - Status nach akutem Koronarsyndrom 7.12.2007
 - Status nach PTCA und Stent-Implantation einer subtotalen mittleren CX Stenose unmittelbar vor Abgang des zweiten Marginalastes, diffuse Wandunregelmässigkeiten Riva proximal und Mitte sowie RCA im deszendierenden Abschnitt und vor Bifurkation; LVEF 65 %
 - 2. Koronographie 11.9.2008: gutes langfristiges postinterventionelles Ergebnis mit 30%iger Instentreststenose; LVEF 65 %
 - Echokardiographie 21.12.2015: normale systolische Globalfunktion des grenzwertig konzentrisch hypertrophen linken Ventrikels, LVEF 64 %; umschriebene Hypokinesie in einem mittleren inferioren Myokardareal, fraglich diskret auch anteroapikal, Zeichen einer diastolischen Relaxationsstörung, keine signifikanten Klappenvitien
 - Belastungsergometrie 21.12.2015: klinisch und elektrisch negativ
 - kardiovaskuläre Risikofaktoren
 - Status nach Nikotinabusus (>30 py) (ICD-10 F17.1)
 - metabolisches Syndrom (vgl. Diagnose Ziff. 4 hiernach)
4. metabolisches Syndrom
 - Adipositas (BMI 33 kg/m²) (ICD-10 E66.0)
 - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2)
 - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10)
5. Verdacht auf beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie (prädiabetische Stoffwechsellage) (ICD-10 G62.9)
6. Schlafapnoesyndrom (G47.3) bei Adipositas, Hypertonie und Nikotinabusus
 - bei Diagnose gem. Ziff. 4 hiervor
7. anamnestisch Restless legs Syndrom (ICD-10 G25.8)
8. aktenanamnestisch Status nach Epicondylopathia humeri radialis links (ICD-10 M77.1)
 - klinisch aktuell keine Epicondylopathia weder radial noch ulnar beidseits objektivierbar

Im Weiteren führten die Gutachter aus, dass der Explorand seit Jahren unter chronischen Zervikobrachialgien beidseits, unter Schulterschmerzen links und einem chronischen Lumbalsyndrom leide. Parallel zu den körperlichen Beschwerden habe er depressive Symptome entwickelt. Seit November 2014 sei er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Ein Arbeitsversuch im Mai 2015 sei gescheitert. Aufgrund seiner körperlichen und psychischen Beschwerden könne er sich keine berufliche Tätigkeit mehr vorstellen. Der Explorand habe in seinem Heimatland eine Ausbildung zum Kellner gemacht. Seit seiner Einreise in die

Schweiz habe er verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeübt, wobei er zuletzt als Mitarbeiter Strahlen (Schleifer) gearbeitet habe. Die letztgenannte Arbeit werde als die angestammte Tätigkeit betrachtet. Was den Bewegungsapparat anbelange, könnten mit rheumatologischer und neurologischer Evaluation eine chronische Cervicobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen, allerdings ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung, genannt werden. Ferner bestehe ein diskretes subakromiales Impingement-Syndrom links, als auch ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei diskreter Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform mit konventionell-radiologisch festgestellten deutlichen Spondylarthrosen von L4 bis S1 sowie zusätzlicher Osteochondrose im lumbosakralen Übergang. Sensomotorische Defizite hätten klinisch-neurologisch nicht nachgewiesen werden können. Ferner könnten bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrosen genannt werden. Aufgrund der bezüglich des Bewegungsapparates erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die als körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende, aber überwiegend im Gehen oder Stehen auszuübende Tätigkeit zu beurteilen sei, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Für andere Verweisarbeiten in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, teilweise auch sitzend und ergonomisch besser angepassten Tätigkeiten könne von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Grundsätzlich seien Tätigkeiten mit repetitiven Überkopftätigkeiten mit dem linken, nichtdominanten Arm zu vermeiden. Vermieden werden sollte ferner das berufsbedingte Gehen auf unebenen Böden, das regelmässige Benützen von Treppen oder Leitern und Gerüsten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe intermittierend 15 kg, über die Taille maximal 10 kg betragen. Ferner hätten aus rein neurologischer Sicht ein behandeltes Schlafapnoesyndrom sowie die Verdachtsdiagnose auf eine beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie festgehalten werden können. Diese beiden Diagnosen führten zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht sei aufgrund der Aktenlage, der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde eine stabile koronare Eingefässerkrankung zu nennen, die zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Der Explorand habe im Jahr 2007 einen Herzinfarkt erlitten und bis zur Arbeitsniederlegung im Jahr 2014 auf diesem Beruf gearbeitet. Die koronare Gefässerkrankung habe demnach die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es fänden sich eine Dysthymie sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Der Explorand sei uneingeschränkt und ganztags arbeitsfähig. Zusammenfassend bestehe in der zuletzt durchgeführten, angestammten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. In einer besser adaptierten Verweistätigkeit mit Berücksichtigung der im rheumatologischen Teilgutachten dargelegten Arbeitsplatzbedingungen bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Die Pensen könnten bei erhöhtem Pausenbedarf vollschichtig umgesetzt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der eigenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei ■ so die F. ___-Gutachter ■ davon auszugehen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im genannten Ausmass seit spätestens August 2015 angenommen werden könne. Möglicherweise sei die Situation seit der Arbeitsniederlegung vom

E. 4.3

des Gutachtens entnehmen lässt (IV-Nr. 40.1, S. 22 ff.) ■ widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise herleitete und begründete. Der Gutachter nahm zu den Angaben des Beschwerdeführers Stellung und setzte sich damit auseinander. Zur Thematik des lumboradikulären Syndroms äusserte sich die RAD-Ärztin hinlänglich und nachvollziehbar; es kann hierbei auf die Ausführungen in E. II 6.2.7 hiervor verwiesen werden. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass auch das neurologische Gutachten den Anforderungen an eine voll beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht wird; dies hat im Übrigen auch für das verbleibende psychiatrische Teilgutachten zu gelten, gegen welches der Beschwerdeführer in der Beschwerde nichts Konkretes vorgebracht hat.

6.2.9 Was die von den F.____-Gutachtern abweichende Beurteilung durch Dr. med. N.____ vom 23. September 2016 (IV-Nr. 62, S. 2 ff.) anbelangt, kann auf die zutreffenden Ausführungen der RAD-Ärztin verwiesen werden. Dr. med. N.____ habe ■ so Dr. med. B.____ ■ auf Seite 1 seiner Stellungnahme zum F.____-Gutachten geschrieben, «Aufgrund der Durchsicht der aktuellen MRI-Befunde und aufgrund der aktuellen Klinik erlaube ich mir, die Diagnosen aus rein orthopädischer Sicht des aktuellen F.____-Gutachtens zu korrigieren.» Eigene anamnestiche Erhebungen oder klinische Untersuchungen habe Dr. N.____ nicht erwähnt oder beschrieben. Er habe anamnestiche Angaben aus Vorberichten zitiert, auf Untersuchungsbefunde von Behandlern und Gutachtern verwiesen und die radiologischen Akten verglichen (IV-Nr. 77, S. 2). Insgesamt handle es sich bei den Ausführungen von Dr. med. N.____ um eine andere Beurteilung des bekannten Sachverhalts. Im Gegensatz zu den Gutachtern vom F.____ [...] habe Dr. med. N.____ den Versicherten nicht selber untersucht. Seine Ausführungen vermöchten ■ so Dr. med. B.____ ■, auch mangels neuer medizinischer Fakten, die Beurteilung und die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht zu entkräften (IV-Nr. 64, S. 3). Zu diesen Ausführungen der RAD-Ärztin kommt die Tatsache, dass unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden kann, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der (psychiatrischen) Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Ausführungen von Dr. med. N.____ nicht. Festzustellen bleibt, dass er in seiner Stellungnahme vom 23. September 2016 über weite Strecken einzig die Ausführungen der F.____-Gutachter wiedergab. Vor diesem Hintergrund und der aktuellen MRI-Befunde kam er dann, ohne eine Anamnese erhoben oder den Beschwerdeführer damals exploriert zu haben, zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von maximal 40 % zugemutet werden könne (IV-Nr. 62). Es ist ja auch nicht so, dass der Gutachter die Bildgebungen und Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt hat. Was im Übrigen den Bericht des Hausarztes med. prakt. D.____ vom 8. Dezember 2015 anbelangt, ist grundsätzlich festzuhalten, dass einerseits weder die Psychiatrie, die Rheumatologie noch die Neurologie zu seinen Fachgebieten gehören, ist er doch Facharzt für Allgemeinmedizin (vgl. IV-Nr. 18, S. 5 ff.). Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug

auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. M.____ und der Ärzte der E.____ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

6.2.10 Folglich vermögen Berichte von. med. prakt. D.____ und Dr. med. N.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind ■ entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers ■ nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt. Daran ändert auch nichts, dass die Seiten 29 / 30 des Gutachtens doppelt ausgedruckt wurden. Gleiches gilt für die Bemerkung B.____ vom 14. März 2107, wonach der medizinische Sachverhalt ausführlich abgeklärt sei. Eine abschliessende Abklärung sei kaum möglich, da es in der Natur der vorliegenden Krankheitsbilder liege, dass sie Schwankungen unterlägen; dem ist zu folgen, zumal der Gutachter keine Vorbehalte eingebracht hat.

6.2.11 Auf das bidisziplinäre Gutachten des [...] (IV-Nr. 32, S. 28 ff.) ist hier nicht weiter einzugehen; dieses ist auf Wunsch der SWICA erstellt worden. Immerhin ist die Beurteilung des orthopädischen Gutachters festzuhalten, wonach der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner bisherigen Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt sei (IV-Nr. 32, S. 59), was sich mit der Einschätzung des rheumatologischen F.____-Gutachters deckt.

6.2.12 Vor diesem Hintergrund bzw. aufgrund der fachärztlichen Beurteilung der F.____-Gutachter ist für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig realisierbar, und für besser adaptierte Verweistätigkeiten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % ■ ebenfalls vollschichtig realisierbar, auszugehen (vgl. IV-Nr. 40.1, S. 31 f.).

E. 5

5.1 Die Ärzte der Begutachtungsstelle F.____ reichten ihr Gutachten am 30. Mai 2016 bei der Beschwerdegegnerin ein (IV-Nr. 40.1), die dem Beschwerdeführer am 8. Juni 2016 Gelegenheit zur Stellungnahme gab (IV-Nr. 41). 5.2 Am 25. Juni 2016 äusserte sich Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], zum F.____-Gutachten vom 7. Juni (recte: 30. Mai) 2016 (IV-Nr. 44). Eine Stellungnahme dazu gab der Vertreter des Beschwerdeführers am 29. Juni 2016 zu den Akten (IV-Nr. 45). 5.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ nahm am 1. September 2016 eine Beurteilung der medizinischen Situation vor (IV-Nr. 54, S. 3 ff.). 5.4 Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, [...], äusserte sich am 23. September 2016 gegenüber dem Vertreter des Beschwerdeführers zum F.____-Gutachten (IV-Nr. 62). Seinen Ausführungen legte er verschiedene Arztberichte sowie eine Honorarnote bei (IV-Nr. 58 ff.). 5.5 Zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen und der Stellungnahme von Dr. med. N.____ äusserte sich die RAD-Ärztin am 22. November 2016 (IV-Nr. 64).

E. 5.6

5.6.1 Dr. med. T.____, Oberarzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum der V.____, [...]spital [...] ([...]), diagnostizierte beim Beschwerdeführer im Rahmen einer ambulanten Sprechstunde vom 20. Juli 2015 ein subakromiales Impingement links (...), eine Epicondylitis humeri radialis links (...), eine psychosoziale Belastungssituation (...), ein radikuläres Reizsyndrom C7 rechts (...), eine koronare Herzkrankheit (...) sowie einen Nikotinabusus (...). Beim Prozedere erwähnte er u.a. eine eventuelle Steigerung des Arbeitspensums auf 50 % nach dem Ferienaufenthalt bis 25. August 2015, eine stationäre psychosomatische Behandlung am Kantonsspital [...] sowie die Evaluation einer Fazettengelenksinfiltration LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 links im Falle von anhaltenden Beschwerden (IV-Nr. 15, S. 2 ff.).

5.6.2 Die vorstehenden Diagnosen wiederholte Dr. med. T.____ in seinem Bericht vom 22. September 2015. Im Weiteren hielt er fest, aufgrund der subjektiv deutlich reduzierten mentalen und körperlichen Leistungsfähigkeit einen Synacthen-Test (Test zur Diagnostik einer Nebennierenrindeninsuffizienz) im Hause veranlasst zu haben, der normal verlaufen sei; somit sei diese sehr wahrscheinlich durch eine formal mittelschwere depressive Episode bedingt, die eine Steigerung des Arbeitspensums von aktuell 30 % in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter der [...] (recte wohl: C.____) verunmögliche. Er habe deshalb mit dem Patienten aktuell eine 100%ige Krankschreibung und den Beginn einer stationären psychosomatischen Behandlung am [...]spital [...] vereinbart (IV-Nr. 18, S. 12 ff.).

5.7 Vom 15. September bis 12. November 2015 befand sich der Beschwerdeführer in den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der E.____, [...], in stationärer Behandlung. Im Bericht vom 12. November 2015 diagnostizierten Dr. med. U.____ und W.____ nach ICD-10 eine mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Der Aufenthalt habe leider nur eine geringe Rückbildung der Schmerzproblematik gebracht. Der Patient habe seine psychische Flexibilität nur bedingt steigern können. Im Mittelpunkt sei zuletzt eine Schlafproblematik gestanden (IV-Nr. 16).

5.8 Dr. med. X.____ stellte am 24. November 2015 die Diagnose einer Brachialgie rechts (...). Bei nun persistierender rechtsseitiger Brachialgie und erfolgloser Steroid-Infiltration könne hier eine Operation in Betracht gezogen werden. Für den Patienten komme allerdings ein operatives Vorgehen noch nicht in Frage (IV-Nr. 18, S. 10 f.).

5.9 Am 8. Dezember 2015 reichte med. prakt. D.____ der Beschwerdegegnerin den gewünschten Arztbericht ein. Er diagnostizierte beim Beschwerdeführer – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine mittelschwere depressive Episode, einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein subacromiales Impingement linke Schulter sowie ein radikuläres Reizsyndrom C7 rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. D.____ eine koronare Herzkrankheit sowie einen persistierenden, seit Jahren bestehenden Nikotinabusus an. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arbeiter verwies er auf die Beilage; darin attestierte er dem Beschwerdeführer zuletzt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 12. bis 24. Februar 2015. Andere Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär. Im Weiteren führte er aus, dass sich der Beschwerdeführer seit vielen Jahren in seiner hausärztlichen Behandlung befinde. In den letzten Monaten hätten die verschiedenen Schmerzen am Bewegungsapparat massiv zugenommen. Gleichzeitig hätten sich Symptome einer depressiven Episode gezeigt. Er

habe den Patienten daher zur weiteren Therapie der komplexen Beschwerden an die Rehabilitations- und Rheumaklinik im [...]spital [...] überwiesen. Ein Bericht liege ihm bis dato leider nicht vor. Aktuell habe er den Patienten an den kardiologischen Kollegen Dr. med. O. ___ zur kardiologischen Reevaluation bei bestehender KHK überwiesen. Das Ergebnis hierzu bleibe abzuwarten. Eine weitere psychiatrische Mitbetreuung des Patienten sei dringend erforderlich. Die Arbeitsunfähigkeit werde aktuell aus psychischen Gründen mit 100 % angenommen, aus somatischen Gründen mit etwa 70 %. Die weitere Entwicklung bleibe abzuwarten (IV-Nr. 18, S. 5 ff.).

5.10 Dr. med. O. ___ kam in seiner Beurteilung vom 23. Dezember 2015 zuhause des Hausarztes des Beschwerdeführers zum Schluss, dass die kardiologische Reevaluation keine suggestiven Hinweise auf eine relevante oder kritische Progression der koronaren 1-Gefässerkrankung ergebe. Eine zusätzliche Koronardiagnostik erachte er, Dr. med. O. ___, im Moment nicht für notwendig. Die bereits mehrheitlich wahrgenommenen präventiven Massnahmen seien selbstverständlich fortzuführen und z.T. noch etwas zu optimieren. Die vom Patienten beschriebenen wiederholten thorakalen Missempfindungen seien in ihrem Charakter, ihrer Art und ihrem Auftreten in emotionalen Stresssituationen atypisch. Er, Dr. med. O. ___, schlage ein konservatives Vorgehen, (...), eine Gewichtskontrolle, ein regelmässiges Ausdauertraining sowie eine kardiologische Kontrolle bei Bedarf und auf Neuanmeldung vor (IV-Nr. 40.2, S. 4 ff.).

5.11 Die Ärzte der E. ___, Dres. med. U. ___ und W. ___, stellten in ihrem Bericht vom 14. Januar 2016 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): - mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F32.1) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - koronare Herzkrankheit - radikuläres Reizsyndrom T7 - St. n. Epicondylitis humeri links - St. n. subakromial impingement links Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. September bis 12. November 2015 und bezeichneten seinen Gesundheitszustand als besserungsfähig. Im Rahmen der therapeutischen Massnahmen und der Prognose führten sie aus, dass er im Behandlungszentrum für Psychosomatik und da in ein milieutherapeutisches Therapieprogramm aufgenommen worden sei; dieses beinhalte Pharmako-, Bewegungs- und Kunsttherapie sowie Sozialberatung. Psychotherapeutisch werde schwerpunktmässig in regelmässigen Einzel- wie auch Gruppentherapien mit Methoden der Akzeptanz- und Commitment-Therapie, der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion und grundsätzlicher Psychoedukation gearbeitet. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei eine abschliessende Prognose zum Krankheitsverlauf nicht möglich. Wünschenswert wäre jedoch eine weitere Abklärung der Belastungsfähigkeit, z.B. in einer geeigneten beruflichen Massnahme. Zu hoffen bleibe, dass die Akzeptanz von Schmerzen zunehmen könne bzw. diese gegebenenfalls auch in den Lebensentwurf einzubinden und nicht nur dagegen zu kämpfen (IV-Nr. 19).

5.12 Dr. med. K. ___, [...], führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 21. Februar 2016 zuhause der SWICA im Wesentlichen Folgendes aus (IV-Nr. 32, S. 2 ff.): Beim Beschwerdeführer lasse sich gegenwärtig lediglich eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) belegen. Darüber hinaus stünden chronische Schmerzen, die im orthopädischen Gutachten bewertet würden. Der Beschwerdeführer habe ausserdem angegeben, es gäbe ganz erhebliche Probleme am Arbeitsplatz, die seine Arbeitsfähigkeit und vor allen Dingen seine Stimmung beeinträchtigten. Insofern seien hier psychosoziale Faktoren vorhanden, die die Symptomatik beeinflussten. Es lasse sich darüber hinaus eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden nachweisen. Die Diagnose der Dysthymia

beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht in nennenswertem Umfang. Aus psychiatrischer Sicht könne ein volles 100 %-Pensum geleistet werden (IV-Nr. 32, S. 19 ff.). 5.13 Der Leiter des Schlaflabors ISZ, Dr. med. Y.____, V.____ AG, [...], gab im Rahmen seiner Beurteilung vom 1. März 2016 an, dass sich einerseits eine mittelschwere, lageabhängige Schlafapnoe bestätigt habe, die zwar zu häufigen, glücklicherweise jedoch nicht sehr schwergradigen Desaturationen führe, hingegen zu einer ausgeprägten Fragmentierung des Nachtschlafs mit entsprechender Verminderung der Schlafqualität. Das Schlafapnoe-Syndrom sei nicht zuletzt auch aufgrund des vaskulären Risikoprofils sowie der Tatsache, dass es in der Nacht zu keinem ausreichenden Absinken des Blutdrucks komme, gegeben. Als Zweites bestätige sich das Restless-Legs-Syndrom, das als schwergradig eingestuft werden müsse und durch ausgeprägte periodische Beinbewegungen im Schlaf begleitet werde; auch dieses trage wesentlich zur Ein- und Durchschlaf-Insomnie bei. Daneben trage natürlich auch die Depression zur Insomnie bei, und dies trotz ausgebauter sedierender Medikation (IV-Nr. 40.2, S. 1 ff.). 5.14 Im Bericht vom 7. April 2016 stellten Dres. med. J.____ und Z.____, Innere Medizin/Pneumologie, V.____ AG, [...], fest, dass der nicht mehr erholsame Schlaf des Patienten aus der Schlafapnoe, dem Restless-Syndrom und der Insomnie/depressiven Episode resultiere. Sie hätten ihn mit einem Auto-CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)-Therapiegerät versorgt (IV-Nr. 40.2, S. 9 ff.). 5.15 Dr. med. L.____, [...], stellte in seinem orthopädischen Gutachten vom 21. April 2016 für die SWICA in orthopädischer Hinsicht folgende Diagnosen (IV-Nr. 32, S. 28 ff.): 1. beidseitige Cervicobrachialgien ohne sicheren Nachweis von wirbelsäulenbezogenen neurologischen Defiziten im Bereich der Arme bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen und groborientierend neurologischen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen der HWS mit Betonung des Segmentes C6/7 2. persistierende Lumbalgien mit Angabe eines Taubheitsgefühls des rechten Oberschenkels bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen und groborientierend neurologischen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen mit Betonung des Segments L5/S1 sowie des thoracolumbalen Übergangs 3. beidseitige Hüftgelenksschmerzen mit einer Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks bei der hiesigen gutachtlichen körperlichen Untersuchung am 1. Februar 2016 und anhand der Bildgebung nachgewiesenen verschleissbedingten Veränderungen im Bereich des linken Hüftgelenks 4. Adipositas (BMI zirka 31,8 kg/m²) Zusammenfassend führte der Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht, insbesondere bezüglich des Arbeitspensums, beeinträchtigt sei (dies aufgrund eines nachvollziehbar erhöhten Pausenbedarfs), weniger hinsichtlich der Arbeitsleistung, da ihm die im konkret vorkommenden Beruf beschriebenen Tätigkeiten in orthopädischer Hinsicht zugemutet werden könnten. Er schätze, dass der Beschwerdeführer in seiner (fast ausschliesslich stehenden) beruflichen Tätigkeit als Mitarbeiter Finish hinsichtlich des Arbeitspensums zu 30 % eingeschränkt sei, und dies seit etwa August 2015. Leichte bis mittelschwere Arbeiten, die im Wechselrhythmus zwischen Gehen, Stehen und/oder Sitzen erfolgen könnten, und bei denen die vorstehend beschriebenen Beeinträchtigungen berücksichtigt würden, könne der Beschwerdeführer noch mit einem vollen Pensum verrichten (IV-Nr. 32, S. 57 ff.). 5.16 Aufgrund des IV-Dossiers, der eigenen Untersuchungen und der Schlussfolgerungen des interdisziplinären Konsensus gelangten die F.____-Gutachter am 30. Mai 2016 zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 40.1, S. 26 ff.): mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. chronische Zervikobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativem

HWS-Syndrom (ICD-10 M54.1, M53.1) - radiomorphologisch (MRT HWS 28.4.2015): erosive Osteochondrose HWK 6/7 mit breitbasigen Diskusbulging und foraminaler Tangierung der Nervenwurzel C7 beidseits links mehr als rechts ohne Hinweise auf eine Myelopathie - Status nach erfolgreicher Steroidinfiltration C7 rechts am 10.12.2013; Status nach erfolgloser Steroidinfiltration C6/7 rechts am 25.11.2014 - klinisch-rheumatologisch keine eindeutigen sensomotorischen Defizite an den oberen Extremitäten objektivierbar - ohne radikuläre Beteiligung 2. diskretes subakromiales Impingement Syndrom links (ICD-10 M75.4) - aktenanamnestisch gemäss Röntgen linke Schulter vom 17.4.2015 sowie Ultraschall linke Schulter am 21.4.2015 Verkalkungen in Projektion auf die Supraspinatussehne mit vermehrter Flüssigkeit in der Bursa subakromialis und Status nach vorübergehend gutem Effekt auf eine subakromiale Mischinfiltration April 2015 3. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform (diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung) - radiomorphologisch (RX LWS 25.4.2016): diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung, insgesamt normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper lumbal bis in den thorakolumbalen Übergang; Erniedrigung der Bandscheibenhöhe zwischen LWK5/SWK1 im Sinne einer dorsalbetonten Osteochondrose; gut erhaltene Bandscheibenhöhen zwischen LWK2 bis 5, Chondrose LWK1/2, Th12/L1, deutliche Spondylarthrosen ab L4 nach distal zunehmend - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen - klinisch keine sensomotorischen Defizite an den unteren Extremitäten objektivierbar 4. bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrose (ICD-10 M16.0) - radiomorphologisch Beckenröntgen vom 25.4.2016: diskreter Beckentiefstand rechts, unauffällige Darstellung der SIG sowie der Symphyse; beidseits linksbetont leichte Verschmälerung des Gelenkspaltes femoro-azetabulär zentral, deutlich betonte Sklerosierung des Acetabulumdaches links mehr als rechts, beidseits leichte Endrundung des Femurkopfes ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Dysthymie (ICD10 F34.1) 2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 3. koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I25.9) - Status nach akutem Koronarsyndrom 7.12.2007 - Status nach PTCA und Stent-Implantation einer subtotalen mittleren CX Stenose unmittelbar vor Abgang des zweiten Marginalastes, diffuse Wandunregelmässigkeiten Riva proximal und Mitte sowie RCA im deszendierenden Abschnitt und vor Bifurkation; LVEF 65 % - 2. Koronographie 11.9.2008: gutes langfristiges postinterventionelles Ergebnis mit 30%iger Instentreststenose; LVEF 65 % - Echokardiographie 21.12.2015: normale systolische Globalfunktion des grenzwertig konzentrisch hypertrophen linken Ventrikels, LVEF 64 %; umschriebene Hypokinesie in einem mittleren inferioren Myokardareal, fraglich diskret auch anteroapikal, Zeichen einer diastolischen Relaxationsstörung, keine signifikanten Klappenvitien - Belastungsergometrie 21.12.2015: klinisch und elektrisch negativ - kardiovaskuläre Risikofaktoren - Status nach Nikotinabusus (>30 py) (ICD-10 F17.1) - metabolisches Syndrom (vgl. Diagnose Ziff. 4 hiernach) 4. metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 33 kg/m²) (ICD-10 E66.0) - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) 5. Verdacht auf beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie (prädiabetische Stoffwechsellage) (ICD-10 G62.9) 6. Schlafapnoesyndrom (G47.3) bei Adipositas, Hypertonie und Nikotinabusus - bei Diagnose gem. Ziff. 4 hiervor 7. anamnestisch Restless legs Syndrom (ICD-10 G25.8) 8.

aktenanamnestisch Status nach Epicondylopathia humeri radialis links (ICD-10 M77.1) - klinisch aktuell keine Epicondylopathia weder radial noch ulnar beidseits objektivierbar Im Weiteren führten die Gutachter aus, dass der Explorand seit Jahren unter chronischen Zervikobrachialgien beidseits, unter Schulterschmerzen links und einem chronischen Lumbalsyndrom leide. Parallel zu den körperlichen Beschwerden habe er depressive Symptome entwickelt. Seit November 2014 sei er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Ein Arbeitsversuch im Mai 2015 sei gescheitert. Aufgrund seiner körperlichen und psychischen Beschwerden könne er sich keine berufliche Tätigkeit mehr vorstellen. Der Explorand habe in seinem Heimatland eine Ausbildung zum Kellner gemacht. Seit seiner Einreise in die Schweiz habe er verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeübt, wobei er zuletzt als Mitarbeiter Strahlen (Schleifer) gearbeitet habe. Die letztgenannte Arbeit werde als die angestammte Tätigkeit betrachtet. Was den Bewegungsapparat anbelange, könnten mit rheumatologischer und neurologischer Evaluation eine chronische Cervicobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen, allerdings ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung, genannt werden. Ferner bestehe ein diskretes subakromiales Impingement-Syndrom links, als auch ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei diskreter Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform mit konventionell-radiologisch festgestellten deutlichen Spondylarthrosen von L4 bis S1 sowie zusätzlicher Osteochondrose im lumbosakralen Übergang. Sensomotorische Defizite hätten klinisch-neurologisch nicht nachgewiesen werden können. Ferner könnten bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrosen genannt werden. Aufgrund der bezüglich des Bewegungsapparates erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die als körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende, aber überwiegend im Gehen oder Stehen auszuübende Tätigkeit zu beurteilen sei, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Für andere Verweisarbeiten in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, teilweise auch sitzend und ergonomisch besser angepassten Tätigkeiten könne von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Grundsätzlich seien Tätigkeiten mit repetitiven Überkopftätigkeiten mit dem linken, nichtdominanten Arm zu vermeiden. Vermieden werden sollte ferner das berufsbedingte Gehen auf unebenen Böden, das regelmässige Benützen von Treppen oder Leitern und Gerüsten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe intermittierend 15 kg, über die Taille maximal 10 kg betragen. Ferner hätten aus rein neurologischer Sicht ein behandeltes Schlafapnoesyndrom sowie die Verdachtsdiagnose auf eine beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie festgehalten werden können. Diese beiden Diagnosen führten zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht sei aufgrund der Aktenlage, der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde eine stabile koronare Eingefässerkrankung zu nennen, die zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Der Explorand habe im Jahr 2007 einen Herzinfarkt erlitten und bis zur Arbeitsniederlegung im Jahr 2014 auf diesem Beruf gearbeitet. Die koronare Gefässerkrankung habe demnach die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es fänden sich eine Dysthymie sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Der Explorand sei uneingeschränkt und ganztags arbeitsfähig. Zusammenfassend bestehe in der zuletzt durchgeführten, angestammten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. In einer besser adaptierten Verweistätigkeit mit Berücksichtigung der im rheumatologischen Teilgutachten

dargelegten Arbeitsplatzbedingungen bestehe eine Arbeit- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Die Pensen könnten bei erhöhtem Pausenbedarf vollschichtig umgesetzt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der eigenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei – so die F.____-Gutachter – davon auszugehen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im genannten Ausmass seit spätestens August 2015 angenommen werden könne. Möglicherweise sei die Situation seit der Arbeitsniederlegung vom

E. 6

6.1 Mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2016 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass das Leistungsbegehren in Bezug auf eine Invalidenrente abgewiesen werde (IV-Nr. 66). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 30. Januar 2017 Einwand erheben (IV-Nr. 72). 6.2 Am 15. Februar 2017 verfasste die Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin den Abschlussbericht über die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (IV-Nr. 75). 6.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ nahm am 14. März 2017 zum Einwand des Vertreters des Beschwerdeführers vom 30. Januar 2017 Stellung mit dem Fazit, dass der medizinische Sachverhalt ausführlich abgeklärt sei (IV-Nr. 77, S. 2 f.). 6.4 Am 24. Oktober 2017 bestätigte die Beschwerdegegnerin mittels Verfügung den bereits angekündigten Entscheid in dem Sinne, dass zurzeit weitere berufliche Massnahmen sowie das Leistungsbegehren bezüglich Invalidenrente abgewiesen würden. Gleichzeitig nahm sie zum Einwand des Beschwerdeführers Stellung (IV-Nr. 83). 7. Gegen diese Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 27. November 2017 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Sein Vertreter stellt und begründet folgende Anträge (Aktenseite [A.S.] 5 ff.): 1. In Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 24. Oktober 2017 aufzuheben. 2. Dem Versicherten seien Leistungen nach IVG nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 50 % zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. 3. Dem Versicherten seien berufliche Massnahmen zu gewähren. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 8. Am 22. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 22 f.). 9. Der Vertreter des Beschwerdeführers repliziert am 8. März 2018 (A.S. 30) und reicht am 22. März 2018 seine Kostennote ein (A.S. 33 ff.). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2017, was den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109; 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der

streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier 24. Oktober 2017 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs im Rahmen der Anmeldung von Mai 2015 die ab 1. Januar 2015 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.4 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Rente der Invalidenversicherung hat.

2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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, Art. 28a Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) 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).

4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein

bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

E. 7

7.1 Im angefochtenen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin beim Einkommensvergleich auf ein Valideneinkommen des Beschwerdeführers von CHF 84'987.00 abgestellt, was unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden ist. Der Beschwerdeführer rügt jedoch das durch die Beschwerdegegnerin ■ nach Massgabe statistischer Tabellenlöhne ■ festgesetzte Invalideneinkommen von CHF 53'368.00, wo kein leidensbedingter Abzug berücksichtigt worden sei; ein solcher sei jedoch zwingend vorzunehmen. So sei dem Beschwerdeführer in medizinischer Hinsicht maximal noch eine Teilzeitanstellung zuzumuten, was für sich alleine genommen schon einen Abzug von 10 % rechtfertige. Daneben seien noch die langjährige Betriebszugehörigkeit sowie das Alter des Beschwerdeführers zu berücksichtigen. Aufgrund der gesamten Umstände auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt könne er nur noch ein unterdurchschnittliches Erwerbseinkommen erzielen, weshalb sich ein Abzug vom Tabellenlohn von 20 % rechtfertige; dies führe zu einem Invalideneinkommen von CHF 42'694.00 und ergebe, gemessen am Valideneinkommen, einen IV-Grad von aufgerundet 50 % (A.S. 14 f.).

Dazu hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ausgeführt, dass im Gutachten des F.____ vom 30. Mai 2016 den somatisch bedingten Einschränkungen mit einer 20%igen Leistungseinschränkung wegen erhöhtem Pausenbedarf umfassend Rechnung getragen worden sei. Bereits in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthaltene gesundheitliche Einschränkungen könnten nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3 mit Hinweisen). Mit den bestehenden körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers lägen ohnehin keine Umstände vor, die auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen wären und einen Abzug begründeten. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % könne bei einem zumutbaren Vollpensum keinen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Gemäss Gutachten des F.____ bestehe in der zuletzt durchgeführten, angestammten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % und in einer besser adaptierten Verweistätigkeit mit Berücksichtigung der im rheumatologischen Teilgutachten dargelegten Arbeitsplatzbedingungen eine solche von 80 %. Die Pensen könnten mit erhöhtem Pausenbedarf vollschichtig umgesetzt werden. Das Alter des Beschwerdeführers von 53 Jahren begründe ebenfalls keinen Abzug. Die als Verweistätigkeiten in Frage kommenden Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Statistisch gesehen seien die

Löhne von älteren Arbeitnehmenden für einfache und repetitive Tätigkeiten nicht tiefer, sondern eher höher als diejenigen jüngerer Arbeitnehmenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3 mit Hinweisen). Auch nehme die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsniveau sei (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2 mit Hinweisen). Insgesamt lasse sich mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts beim Invalideneinkommen kein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen (A.S. 23).

E. 7.2

7.2.1 Da das von der Beschwerdegegnerin angenommene Invalideneinkommen grundsätzlich unbestritten geblieben ist, hängt der Invaliditätsgrad somit davon ab, ob bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist und wie hoch dieser gegebenenfalls ausfällt.

7.2.2 Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

7.2.3 Nachdem aufgrund der medizinischen Aktenlage davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit bei voller zeitlicher Präsenz verwerten kann, bleibt unter diesem Titel kein Raum für einen in Teilzeittätigkeit begründeten Abzug.

Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (Schweiz. Lohnstrukturerhebung [LSE] 2012, neu Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen).

7.2.4 Im vorliegenden Fall besteht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. So wird diesbezüglich im F.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 festgehalten, dass aufgrund der rheumatologisch objektivierbaren pathoanatomischen Befunde am Bewegungsapparat für diese letzte angestammte berufliche Tätigkeit unter Berücksichtigung dieses Arbeitgeberprofils von einer maximalen 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, wobei eine 30%ige reduzierte Leistungsfähigkeit für regelmässige Pausen bereits berücksichtigt worden sei. Für eine sonstige Verweistätigkeit im Rahmen von körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten, wo auch Arbeiten in sitzender Stellung an einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz

möglich wären, könne von einer 80%igen Arbeits- und leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Für die Ausführungen der F.____-Gutachter im Detail kann auf Erwägung II 5.16 hiervor bzw. IV-Nr. 40.1, S. 18, verwiesen werden. Die vorstehenden Einschränkungen haben die ABI-Gutachter im Rahmen einer verminderten Leistungsfähigkeit mit 20 bzw. 30 % gewichtet, weshalb kein Raum für einen Abzug vom Tabellenlohn im Sinne der vorstehenden, höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht. Daran vermag auch der durch den Beschwerdeführer geltend gemachten Umstand seines Alters (53 Jahre bei Verfügungserlass) noch die langjährige Betriebszugehörigkeit (10 Jahre) zu ändern. So fällt das Alter kaum ins Gewicht, weil Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im hier relevanten Anforderungsniveau 4 (neu Kompetenzniveau 1) auch im Alterssegment von 50 bis 63/65 noch loohnerhöhend auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2010 vom 1. Juni 2010, E. 7.3.2, mit Hinweisen). Schliesslich fallen die in einer neuen Tätigkeit fehlenden Dienstjahre ebenfalls nicht ins Gewicht: Im privaten Sektor nimmt auch die Bedeutung der Dienstjahre ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011, E. 6.6, mit Hinweisen, BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 79). Schliesslich kann diesbezüglich ergänzend auf die zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort verwiesen werden. Folglich hat es mit dem durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich bzw. einem Invaliditätsgrad von 37 %, der keinen Anspruch auf eine Rente begründet, sein Bewenden.

E. 8

8.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid auch den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen verneint und dazu ■ mit Verweis auf den Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 15. Februar 2017 (IV-Nr. 75) ■ ausgeführt, dass das am 17. Mai 2016 gestartete Training aufgrund beginnender Kniebeschwerden vorzeitig abgebrochen worden sei (IV-Nr. 83, S. 1); seither hätten keine beruflichen Massnahmen mehr durchgeführt werden können (IV-Nr. 75, S. 2). Die ABI-Ärzte haben keine beruflichen Massnahmen empfehlen können, da sich der Explorand nicht mehr in der Lage sehe, irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können; dabei gehe er möglicherweise davon aus, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Beschwerden verspüren zu dürfen, um eine berufliche Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Er dürfte kaum die Motivation für Reintegrationsbemühungen aufbringen (IV-Nr. 40.1, S. 31). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, zumindest im rechtsrelevanten Zeitpunkt, verneint hat; daran ändert die Aussage im Einwand und in der Beschwerde nichts, wonach der Beschwerdeführer gewillt und motiviert sei, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten (A.S. 13).

8.2 In Betracht fällt im vorliegenden Fall zurzeit ohnehin einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für den Beschwerdeführer nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Der Beschwerdeführer ist objektiv eingliederungsfähig, sieht sich jedoch ausserstande, einer Arbeit nachzugehen. Ihm ist es jedoch unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, sobald er sich subjektiv eingliederungsfähig fühlt.

9. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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:

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 Häfliger

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_857/2018 vom 22. Juli 2019 bestätigt.

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